

L'ODONTOLOGIE

H.

Châteauroux. — Typ. et Stéréotyp. A. Majesté et L. Bouchardeau

13e Année. Vol. XIII

L'ODONTOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DE CHIRURGIE ET DE PROTHÈSE DENTAIRES

Organe de l'Association générale des Dentistes de France,
de l'École dentaire de Paris
et de la Société d'Odontologie de Paris

TOME XIII

RÉDACTION ET ADMINISTRATION :

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS, 57, rue Rochechouart

Vol. 13. Paris, Janvier 1893 N° 1.

TRAVAUX ORIGINAUX

ESSAIS D'ANESTHÉSIE LOCALE EN CHIRURGIE DENTAIRE AU MOYEN DE LA TROPACOCAINE

Par MM. C. Pinet et G. Viau,
Professeurs à l'Ecole dentaire de Paris.

C'est dans le numéro 44 de la *Semaine Médicale* du 31 août 1892 que, pour la première fois, nous eûmes connaissance de ce nouvel alcaloïde. Un peu plus tard notre attention fut attirée par un nouvel article publié dans le numéro 87 du *Bulletin Médical* du 31 octobre 1892. C'était le résumé d'un travail sur ce sujet inséré dans le numéro de septembre du *Therapeut. Monatsheft*. Les résultats suggestifs des expériences entreprises par les médecins et les physiologistes anglais et allemands proclamant la supériorité de la tropacocaïne sur la cocaïne ne purent nous laisser indifférents. Un nouvel article dans *The Satellite of the annual of the universal medical sciences* confirma les expériences précédentes. Nous résolûmes d'étudier ce nouvel anesthésique et de l'introduire, s'il y a lieu, dans la pratique de la chirurgie dentaire.

Ici nous nous heurtâmes à des difficultés inattendues. Ce produit était encore inconnu à Paris, si bien que toutes les recherches dans les pharmacies, dans les fabriques de produits chimiques et pharmaceutiques restèrent infructueuses. C'est grâce à l'obligeance de la maison de M. Merck, de Darmstadt, à laquelle nous nous sommes adressés directement, que nous avons pu nous procurer ce produit et entreprendre nos expériences.

Le nouveau sel que nous venons d'expérimenter et sur lequel nous avons l'honneur de vous exposer les résultats de nos observations a été extrait des feuilles d'une variété particulière de coca provenant de l'île de Java, par M. Giesel, un des auteurs de la fabrication synthétique de la cocaïne. M. Liebermann, qui a bien étudié ses propriétés et sa constitution chimique a prouvé que c'est un benzoïlo-pseudo-tropéine.

Cette substance a, au dire de ce dernier, d'une part des propriétés anesthésiantes, comme en a la cocaïne, et, d'autre part, certaines qualités propres à l'atropine.

La tropacocaïne est très peu soluble dans l'eau ; elle forme des combinaisons salines cristallisables parmi lesquelles le chlorhydrate est très soluble dans l'eau, tandis que le bromhydrate l'est peu.

Le sel dont nous nous sommes servi dans nos expériences est le *chlorhydrate de tropacocaïne*. C'est un sel blanc, cristallisé en cubes,

rappelant beaucoup les cristaux d'iodure de potassium; il est inodore, de saveur amère, très soluble dans l'eau, et se réduit facilement en poudre amorphe d'un blanc mat, ayant l'aspect du sucre finement pulvérisé.

C'est aussi le chlorhydrate de tropacocaïne qui a servi aux expérimentateurs américains et allemands.

Voici les résultats obtenus par M. Chadbourne, de Boston.

Dans les yeux d'une grenouille, une solution aqueuse de tropacocaïne à 1 0/0 produit une anesthésie complète au bout de quelques secondes ou, au plus tard, au bout d'une minute. Les choses se présentent de même quand on expérimente sur un lapin; la rapidité avec laquelle se développe l'anesthésie et la durée de celle-ci paraissent dépendre du degré de concentration de la solution. On peut dire d'une façon générale que l'anesthésie complète s'obtient avec des solutions moins concentrées quand on opère avec la tropacocaïne que lorsque on emploie la cocaïne ordinaire. A part une hyperémie locale, on n'observe pas avec la tropacocaïne de phénomènes d'irritation locale; on n'a pas non plus l'ischémie, qui est un des caractères de l'action locale de la cocaïne.

La tropacocaïne en instillation dans l'œil produit quelquefois de la mydriase; mais ce phénomène est loin d'être constant.

L'anesthésie locale s'obtient également quand on injecte la tropacocaïne sous la peau. Elle est en général plus prompte à survenir et plus durable qu'avec la cocaïne, en outre elle s'étend à une zone plus vaste. Tandis qu'avec une solution de cocaïne à 1/2 0/0 on ne développe pas d'anesthésie bien manifeste, avec la solution de tropacocaïne à 1/2 0/0 on obtient une anesthésie locale très nette, de courte durée.

Les effets généraux consistent dans une excitation de l'ensemble des centres nerveux, qui débute par le cerveau et qui fait place ensuite à une paralysie à laquelle succombent les animaux en expérience.

Pendant la période convulsive, l'excitabilité réflexe est exagérée, et cependant les spasmes n'ont pas leur point de départ dans la moelle, car la section du névraxe ne les fait pas cesser. Ils ont une violence et une durée plus grandes lorsqu'on emploie des doses moyennement fortes de tropacocaïne qu'avec les doses mortelles, lesquelles entraînent une paralysie généralisée, prompte à survenir.

La respiration est accélérée, pénible et irrégulière pendant la phase convulsive; pendant les intervalles des spasmes la respiration est également accélérée, mais régulière. Pendant la phase de paralysie, les mouvements respiratoires diminuent de fréquence et d'ampleur.

Quand la tropacocaïne est administrée par la voie hypodermique, après une courte phase d'accélération du pouls, la fréquence des contractions cardiaques diminue, en même temps que le tonus vasculaire et la pression intra-artérielle s'abaissent. Les contractions cardiaques restent d'ailleurs énergiques jusqu'à la fin. La mort est la conséquence d'une paralysie des centres respiratoires, quand la tro-

pacocaïne est administrée par la voie sous-cutanée; la mort peut être empêchée au moyen de manœuvres de respiration artificielle, si les doses administrées ne sont pas très fortes; dans le cas contraire, on peut tout au plus prolonger la vie des animaux ; la mort survient alors par paralysie cardiaque.

Lorsque la tropacocaïne est introduite directement dans le sang, elle tue déjà à faibles doses par paralysie cardiaque.

Sous l'influence de cette base, la température corporelle s'élève, et cette élévation se manifeste avant le début des spasmes ; elle atteint jusqu'à 2° et 3°.

La toxicité de la tropacocaïne est environ deux fois moindre que celle de la cocaïne.

Le professeur Schweiger a expérimenté la tropacocaïne pendant quelques mois dans sa clinique ophtalmologique. Il a constaté qu'en solution à 3 0/0 le chlorhydrate de tropacocaïne, instillé dans l'œil, produit une anesthésie plus complète et plus prompte à se manifester qu'une solution de cocaïne au même titre. Par contre, l'anesthésie a une moindre durée. Il est vrai qu'on peut la prolonger en répétant les instillations. Parfois on a observé une légère mydriase, on n'a jamais eu d'ischémie locale ; au contraire, dans quelques cas les instillations ont été suivies d'une légère hyperémie locale, qui ne durait que quelques secondes ; la sensation de brûlure, accusée par quelques malades, ne durait pas davantage et elle était très supportable. Les deux phénomènes étaient moins prononcés quand la tropacocaïne était dissoute dans une solution de chlorure de sodium à titre physiologique (6 0/0).

Des effets secondaires nuisibles n'ont pas été observés. Dans la plupart des cas, la tropacocaïne a paru être supportée aussi bien et même mieux que la cocaïne. Son emploi doit être préféré à celui de la cocaïne pour l'extraction des corps étrangers, à cause de la rapidité plus grande avec laquelle survient l'action analgésique. Une iridectomie a pu être pratiquée en moins de deux minutes à la suite d'une instillation d'une solution de tropacocaïne à 3 0/0; l'anesthésie locale était complète.

Un autre oculiste, M. Silex, qui a également employé la tropacocaïne dans sa pratique, a obtenu des résultats tout aussi satisfaisants. Il a pu pratiquer une ténotomie en moins d'une demi-minute, après instillation d'une solution de tropacocaïne à 3 0/0.

The British Medical Journal résume ainsi les différences probables entre l'action de la tropacocaïne et de la cocaïne sur les animaux:

1° La tropacocaïne est moitié moins toxique que la cocaïne;

2° L'action dépressive de la tropacocaïne sur les ganglions moteurs cardiaques et les muscles du cœur, spécialement sur ce dernier, est bien plus forte qu'avec la cocaïne ;

3° L'action anesthésique locale de la tropacocaïne sur l'œil et sur la peau se manifeste bien plus rapidement qu'avec la cocaïne ; l'anesthésie est probablement plus longue;

4° Parfois on observe une légère hyperémie qui disparaît peu après, tandis qu'avec la cocaïne on a de l'ischémie ;

5° La mydriase fait généralement défaut; lorsqu'elle s'observe, elle paraît moins forte qu'avec la cocaïne;

6° Les solutions de tropacocaïne sont légèrement antiseptiques; elles conservent leurs propriétés pendant au moins deux ou trois mois, tandis que les solutions de cocaïne perdent souvent leur activité après deux ou trois jours.

EXPÉRIENCES PERSONNELLES

Dans nos expériences personnelles, faites avec le chlorhydrate de tropacocaïne, nous avions en vue d'établir, aussi rigoureusement que possible, les points suivants :

1° Le chlorhydrate de tropacocaïne est-il anesthésique?

2° Quelle est la dose permettant d'obtenir l'anesthésie suffisante?

3° L'anesthésie obtenue par la tropacocaïne est-elle supérieure à l'anesthésie produite par la cocaïne?

4° Quelle est la dose toxique et mortelle de tropacocaïne par rapport à certains animaux?

5° La toxicité de la tropacocaïne est-elle plus ou moins élevée que celle de la cocaïne?

6° La dose toxique de la substance est-elle en rapport direct avec le poids de l'animal?

7° La dose toxique variant avec le poids de l'animal, peut-on en tirer quelques conclusions relatives à la dose toxique pour l'homme?

8° Quelle est l'importance de la concentration de la solution, la dose administrée étant la même?

L'instillation dans l'œil d'un cobaye de quelques gouttes d'une solution aqueuse de chlorhydrate de tropacocaïne à 2 0/0 produit une insensibilité complète de la cornée; la pupille est faiblement dilatée; il n'y a pas ou presque pas de mydriase; nous n'avons point observé l'hyperémie mentionnée par quelques auteurs. L'anesthésie s'établit au bout d'une minute et disparaît plus vite qu'avec la cocaïne; elle peut être prolongée en répétant les instillations.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un cobaye (poids 375 gr.) de 2 cent. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée n'a déterminé aucune réaction générale bien manifeste; la période d'une légère excitation observée 5 à 10 minutes après l'injection était d'une durée très courte et disparaissait insensiblement.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané du même sujet de 2 cent. de chlorhydrate de cocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée a permis de constater un état dépressif manifeste; nous n'avons presque pas observé de période d'excitation.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané du même sujet de 4 cent. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau dis-

tillée a produit des accidents généraux intenses, caractérises essentiellement par des convulsions cloniques, rarement toniques. Les phénomènes convulsifs apparurent 10 minutes après l'injection et durèrent plus d'une-demi heure ; l'animal succomba au milieu de convulsions violentes par syncope respiratoire.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un cobaye (poids 450 gr.) de 4 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée n'a produit que des phénomènes généraux peu manifestes ; la mydriase seule a été particulièrement observée.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané du même sujet de 4 centigr. de chlorhydrate de cocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée a déterminé des accidents d'intoxication aiguë caractéristique ; les convulsions apparurent 5 minutes après l'injection et durèrent près d'une demi-heure.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané du même sujet de 5 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée détermina des accidents convulsifs, qui apparurent 5 minutes après l'injection et durèrent plus d'une demi-heure. Les convulsions ont été immédiatement arrêtées en plongeant l'animal dans un bain froid.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané du même sujet de 5 centigr. de chlorhydrate de cocaïne détermina une dépression marquée des fonctions cardiaques et respiratoires ; les extrémités antérieures et postérieures paraissaient paralysées ; cette phase dépressive fut suivie d'une période convulsive qui dura près de 10 minutes et qui se termina par la mort de l'animal. Les convulsions ont été bien moins violentes que lorsqu'on a employé la tropacocaïne.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un cobaye (poids 570 gr.) de 2 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gramme d'eau distillée n'a produit aucun trouble général appréciable.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané du même sujet de 4 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée a donné des résultats à peu près identiques.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané du même sujet de 5 centigr. de chlorhydrate de cocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée a déterminé un état d'excitation manifeste ; on n'a pas observé de convulsions.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané du même sujet de 6 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 2 grammes

d'eau distillée a donné lieu, après un quart d'heure de calme apparent, à des convulsions violentes qui durèrent près d'une demi-heure et qui ont été immédiatement arrêtées par l'action d'un bain froid, dans lequel l'animal a été plongé.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané du même sujet de 6 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 2 gr. d'eau distillée a donné lieu, après une période dépressive de courte durée, à un état d'excitation caractérisé par des convulsions bien moins violentes, mais qui durèrent bien plus longtemps, environ trois heures. Plongé dans un bain froid, l'animal cesse brusquement de respirer et ce n'est que grâce à la pratique prolongée de la respiration artificielle que l'animal revit.

L'injection dans le tissu cellulaire sous-cutané du même sujet de 6 centigr. de chlorhydrate de cocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée a déterminé, après une courte phase d'accélération du pouls et des contractions cardiaques, une période dépressive allant jusqu'à la paralysie généralisée prolongée ; cet état, qui paraît caractéristique à l'action du chlorhydrate de cocaïne lorsqu'il est administré à doses trop élevées, fut suivi d'une série de phénomènes convulsifs, toniques et en quelque sorte tétaniques, au début, et finalement cloniques et peu violents et qui se terminèrent par la mort de l'animal.

OPÉRATIONS SUR LES MALADES

1re *observation.*

M. P..., âgé de 15 ans, élève dentiste, de constitution faible, très anémique, souffre depuis longtemps d'une périodontite chronique des racines de la première molaire supérieure. Il redoutait l'extraction et hésitait à se soumettre à l'opération. L'état moral fut défavorable à la production de l'anesthésie.

Nous fîmes une injection intragingivale de 2 c. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée. L'extraction fut pratiquée presque immédiatement après l'injection. L'anesthésie était très satisfaisante ; une faible perception douloureuse a été accusée pendant l'extraction de la dernière racine.

On n'a observé aucun malaise consécutif ; au lieu de la pâleur de la face fréquente après les injections de la cocaïne, on a eu une coloration rose.

2e *observation.*

M. D..., jeune homme de 18 ans ; en pleine neurasthénie, phtisique, troubles digestifs profonds, très faible, suit un traitement médical.

La 2e grosse molaire inférieure droite atteinte d'une carie de 4me degré. Nous décidâmes l'extraction. Point de phénomènes émotifs ; état moral satisfaisant.

Une injection de 2 cent. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau fut pratiquée. L'extraction a été indolente. Aucun malaise consécutif n'a été constaté, si ce n'est la circulation plus active du tégument de la face, notée plus haut.

3e observation.

M. Ch..., élève dentiste, 24 ans; constitution délicate; santé satisfaisante ; dentition défectueuse. La première petite molaire supérieure droite fut atteinte d'une carie de 4me degré, ayant donné lieu à des complications alvéolaires et gingivales. Le patient exige l'extraction.

2 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée ont été injectés dans la gencive circonscrivant la dent ou plutôt les racines à extraire. L'opération fut pénible, elle dura plus de 5 minutes et exigea des manœuvres particulièrement violentes.

Les premières tentatives ont été absolument insensibles ; ce n'est qu'à la fin de l'opération, lorsque la table alvéolaire a dû être réséquée et extraite avec la racine, que la douleur, bien qu'atténuée, fut accusée par le malade.

Dans ce cas particulier la dose de 2 centigr. nous a paru insuffisante.

4e observation.

M. M..., élève dentiste, 20 ans, bonne constitution, nerveux, bonne santé, dentition très mauvaise.

Il s'agissait de l'extraction des racines de deux petites et d'une première grosse molaire supérieure droite. Nous fîmes une injection de 4 centigrammes de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gramme d'eau distillée ; l'opération dura plusieurs minutes ; la douleur ressentie pendant l'extraction était nulle.

On n'a constaté aucun malaise post-opératoire.

5e observation.

Mme J..., 40 ans, très nerveuse, santé médiocre, redoutant la moindre manœuvre opératoire. Porte un appareil prothétique de 8 dents.

Une tumeur gingivale (épulis) molle, violacée, saignante, d'un volume considérable, occupait toute la région alvéolaire depuis l'incisive latérale supérieure droite jusqu'à la 1re grosse molaire, couvrant une portion considérable de la voûte palatine. L'ablation de la tumeur décidée, nous invitâmes M. le Dr Isch-Wall à pratiquer l'opération.

Nous fîmes une injection de 4 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gramme d'eau distillée. L'opération, qui comporta l'excision de la tumeur, le curage de l'alvéole et la cautérisation profonde des points d'implantation de la tumeur, dura près d'un quart d'heure.

La patiente n'a ressenti aucune douleur ; le dernier temps de l'opération, qui consistait en cautérisation à l'aide du thermocautère, seul occasionna une certaine sensibilité douloureuse.

Nous n'avons observé aucun phénomène anormal. La malade se rendit chez elle 1/4 d'heure après l'opération.

Nous la revîmes le lendemain et nous avons appris qu'aucun accident ni malaise n'est survenu le jour de l'opération ni dans la suite.

6e observation.

Mlle L..., 35 ans, bonne constitution, santé satisfaisante, dentition médiocre. Une dent de sagesse supérieure gauche fut atteinte d'une carie compliquée ; nous injectâmes 2 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gram. d'eau distillée. L'anesthésie a été complète; aucun malaise consécutif n'a été constaté.

7e *observation*

M. K..., officier, 30 ans, bonne constitution, bonne santé, dentition satisfaisante. Une seconde grosse molaire inférieure gauche fut atteinte d'une carie compliquée. On fit une injection de 4 centig. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée. L'extraction, bien que pénible, n'a occasionné aucune douleur. Nous n'avons observé aucun malaise consécutif.

8e *obscvvation.*

M. T..., ingénieur, 35 ans, bonne constitution, bonne santé, dentition satisfaisante. Une seconde grosse molaire inférieure droite atteinte d'une carie compliquée, ayant donné lieu à des complications alvéolaires et gingivales.

Nous fîmes une injection de 4 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée. L'extraction, faite dans des conditions normales, fut indololore.

Quelques minutes après l'opération, un malaise survint; le malade pâlit, perd connaissance; la respiration se ralentit, le pouls devint plus faible. Cet état de défaillance dura quelques minutes.

Il est important de faire remarquer que les mêmes phénomènes ont été observés pendant les extractions pratiquées antérieurement sans anesthésie, et même une fois, à la suite d'un coup de bistouri donné pour ouvrir un abcès d'origine dentaire.

9e *observation.*

Mlle S..., 18 ans, développement physique médiocre, anémique, santé peu satisfaisante, dentition défectueuse.

Deux premières grosses molaires supérieures ont été atteintes d'une carie de 4e degré. L'extraction s'imposait.

On fit l'injection intragingivale de 2 cent. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée pour chaque dent. L'anesthésie a été satisfaisante; la personne avoue n'avoir pas ressenti de douleur.

10e *observation.*

M. T..., âgé de 22 ans. Sujet vigoureux. Cet homme présente à extraire: du côté droit supérieur, trois racines de la première grosse molaire et la première petite molaire; du côté gauche, la première petite molaire supérieure.

Pour opérer l'anesthésie de la première grosse mol. on fit au niveau de la dent à enlever une injection intragingivale de 0 gr. 02 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne; celles-ci furent extraites sans que le patient ait ressenti la moindre douleur.

On injecte ensuite 0 gr. 02 centigr. de tropacocaïne au niveau de la première petite molaire; cette fois, l'anesthésie a été complète.

On a donc pu injecter 0 gr. 04 centigr. de substance en deux fois à quelques minutes d'intervalle pour obtenir une anesthésie absolue, rapide (une minute) et sans que le patient présentât le moindre phénomène d'intolérance, le moindre malaise.

11e *observation.*

Mme N..., âgée de 28 ans, très anémique, décoloration des muqueuses, souffle anormal à la base du cœur; dyspnée d'effort...

L'extraction devait porter sur la 2me grosse molaire et sur la dent de

sagesse; à ce niveau on pratiqua une injection de 0 gr 04 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne. L'extraction fut opérée au bout de deux minutes, l'insensibilité fut complète et la patiente ne ressentit aucun trouble.

12e *observation.*

Mme C..., 22 ans. Très nerveuse. Pâleur et rougeur successive de la face, agitation, loquacité, hyperesthésie cutanée.

La 2me grosse molaire supérieure gauche est extraite sans la moindre sensibilité, après injection de 0 gr. 02 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne.

La malade n'a présenté aucun malaise.

13e *observation.*

M. A..., 37 ans, présente le même état nerveux que la malade précédente.

La 2me grosse molaire supérieure gauche est enlevée après injection intra-gingivale de 0 gr. 03 centigr. de substance; l'anesthésie locale fut complète et le patient ne ressentit aucun malaise.

Au bout de quelques minutes, nouvelle injection de 0 gr. 02 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne pour opérer l'extraction de la 1re grosse molaire inférieure droite.

Insensibilité complète. (On a donc pu injecter 5 centigr. de tropacocaïne sans provoquer le moindre malaise.)

14e *observation.*

M..., 35 ans, bonne constitution, se présente pour se faire extraire la 2e grosse molaire supérieure gauche. Injection de 0 gr. 025 millig. de substance.

L'insensibilité a été complète; aucun malaise.

15e *observation.*

Mlle F..., 22 ans, nerveuse à un haut degré.

Injection de 0 gr. 02 centigr. de substance; il s'agissait d'extraire la dent de sagesse supérieure gauche.

La patiente a ressenti une légère douleur; aucun malaise consécutif.

Cette dent présentait une grande difficulté d'extraction. Une dose de 0 gr. 04 centigr., qui pouvait être administrée sans inconvénient, aurait certainement donné une anesthésie locale complète.

15e *observation.*

Mme M..., environ 35 ans, bonne constitution, nerveuse; ayant une extrême appréhension de l'opération; bonne dentition.

Il s'agissait de pratiquer l'avulsion de la dent de sagesse inférieure droite (couronne absente).

4 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne ont été dissous dans 1 gr. d'eau distillée; mais, à cause des difficultés de l'administration de la substance, il ne fut introduit dans la gencive que 2/3 de la solution, environ 2 1/2 à 3 centigr. de cocaïne.

L'extraction, très difficile, fut pratiquée à l'aide du pied de biche; l'anesthésie a été complète; aucun malaise consécutif.

16e *observation.*

Mme Ch... 26 ans, anémique; allaite un enfant de six mois.

Il s'agissait d'extraire à la mâchoire supérieure du côté droit : deux incisives, une canine, une petite molaire.

Une injection de 0 gr. 04 centigr. répartie le long du champ opératoire a amené une insensibilité complète et l'opération a été indolore.

17e *observation.*

Mlle P..., 16 ans, nerveuse, capricieuse, ayant une appréhension extrême de l'extraction.

Il s'agissait d'une première grosse molaire inférieure gauche, dont la couronne a été complètement détruite par la carie.

Nous fîmes une injection de 0 gr. 04 c. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée ; l'insensibilité était confirmée, mais à cause de la résistance que la patiente nous opposa, l'extraction n'a pu être exécutée que 20 minutes après l'injection. Malgré cela l'opération n'a occasionné aucune douleur. Nous n'avons également observé aucun malaise consécutif.

Ce cas est doublement intéressant par la durée de l'anesthésie ainsi que par l'innocuité de la substance à la dose mentionnée, malgré son absorption complète et malgré l'état moral défavorable du patient. Les phénomènes émotifs sont, en effet, à notre avis, des conditions efficientes dans la production des accidents dits cocaïniques.

18e *observation.*

Mme O..., 30 ans, nerveuse, très anémique. Evolution très difficile de la dent de sagesse inférieure droite ; tuméfaction des ganglions. Redoutant un abcès ganglionnaire, nous conseillons l'avulsion de la 2e grosse molaire qui est atteinte d'une carie du 4e degré. La malade souffre beaucoup depuis plusieurs jours et nous laisse difficilement faire l'injection. Nous injectons 3 centigr. de tropacocaïne dans 1 gr. d'eau distillée. Nous obtenons une anesthésie presque complète et la patiente n'a ressenti aucun malaise.

19e *observation.*

M. C..., 14 ans : rien de particulier dans l'état général ; dentition satisfaisante. Une première molaire supérieure droite atteinte d'une carie du 4e degré ; la couronne était entièrement détruite ; l'avulsion des racines très divergentes nécessite une grande force.

L'injection intragingivale de 4 centigr. de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée produit une anesthésie complète. L'enfant qui n'avait jamais été opéré déclare n'avoir ressenti aucune douleur.

Point de malaises consécutifs.

20e *observation.*

Mme Ch..., 25 ans, très nerveuse, santé satisfaisante, dentition médiocre.

La 2e grosse molaire inférieure gauche est atteinte d'une carie de 4e degré. On injecta au niveau du champ opératoire 4 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée. L'anesthésie a été complète. Aucun malaise ne fut observé.

21e *observation.*

Mme W..., 22 ans, présentant des lésions pulmonaires prononcées, anémique, nerveuse, dentition défectueuse.

Il s'agit de l'extraction de trois racines de la première grosse molaire supérieure gauche. Nous fîmes une injection intragingivale de 3 centigr. de chlorhydrate de tropacocaïne dissous dans 1 gr. d'eau distillée. L'anesthésie a été complète ; aucun malaise n'est survenu ni immédiatement, ni dans la suite.

Démonstrations faites à la clinique de l'Ecole Dentaire de Paris

(le dimanche 7 janvier 1893.)

1re *observation.*

Mlle N..., 22 ans ; l'extraction est pratiquée sur deux racines de la première et de la seconde molaires supérieures gauches.

On fait l'injection intragingivale de 4 c. de tropacocaïne dissous dans un gramme d'eau distillée ; l'anesthésie est satisfaisante.

2e *observation.*

M. D..., 10 ans ; on pratique l'extraction de la première molaire inférieure droite. L'extraction a été très laborieuse.

L'anesthésie, obtenue à l'aide de l'injection intragingivale de 4 centigr. de tropacocaïne, est très satisfaisante.

3e *observation.*

M. H..., 25 ans ; il s'agit de l'extraction de la première molaire inférieure gauche, la couronne étant absente. Les racines sont extraites séparément.

L'anesthésie est obtenue à l'aide de l'injection intragingivale de 4 cent. de tropacocaïne ; elle a été très satisfaisante.

4e *observation.*

M. V..., 30 ans ; extraction de la première petite molaire inférieure droite.

Une injection intragingivale de 3 centigr. de tropacocaïne détermine une anesthésie très satisfaisante.

5e *observation.*

Mlle M..., 22 ans ; extraction de la première petite molaire inférieure droite.

L'anesthésie a été obtenue à l'aide de l'injection intragingivale de 3 centigr. de tropacaïne, elle est très satisfaisante.

6e *observation.*

M. B..., 25 ans ; extraction de la 2e grosse molaire inférieure gauche.

L'anesthésie, obtenue à l'aide de l'injection intragingivale de 4 centigr. de tropacocaïne, est très satisfaisante.

7e *observation.*

M. S..., 28 ans ; extraction de la première molaire inférieure gauche, couronne très fragile. L'injection de 4 centigr. de tropacocaïne a donné une anesthésie absolument satisfaisante, malgré la difficulté des manœuvres opératoires.

8e *observation.*

M. N..., 22 ans ; extraction de la 2e grosse molaire inférieure droite.

L'injection intragingivale de 4 centigr. de tropacocaïne a procuré une anesthésie très satisfaisante.

Ces huit dernières observations nous paraissent particulièrement intéressantes, non seulement au point de vue de l'action du médicament, mais encore en ce qui concerne les phénomènes post-opéra-

toires. Dans aucun de ces cas, malgré l'émotion si grande des malades en face d'un auditoire nombreux et serré, malgré la différence de constitution et d'âge, nous n'avons observé le moindre malaise.

Il résulte d'un certain nombre de ces observations que des doses relativement fortes de 4 à 5 centigr. de tropacocaïne administrées à des nerveux, des anémiques avancés, même des tuberculeux n'ont déterminé aucun malaise consécutif. Nous croyons nécessaire d'ajouter que, contrairement à ce qui s'observe avec la cocaïne, nous avons, dans presque tous les cas, constaté une suractivité de la circulation périphérique, consécutive à l'injection de la tropacocaïne. La face prend une teinte rosée caractéristique ; les extrémités, chez l'homme comme chez les animaux, sont chaudes; il s'y manifeste une excitation vaso-motrice anormale.

Voici les *conclusions* que nous nous croyons autorisés de déduire de l'ensemble de nos expériences sur les animaux et des observations cliniques relatées ci-dessus.

CONCLUSIONS

1) Le chlorhydrate de tropacocaïne possède des propriétés anesthésiques locales indiscutables, analogues à celles de la cocaïne.

2) La dose nécessaire à la production de l'anesthésie locale varie selon l'étendue et la profondeur des tissus à anesthésier ainsi que selon la durée de l'opération.

3) Pour les opérations dentaires la dose de 3 centigrammes dissous dans 1 gr. d'eau distillée suffit dans les cas ordinaires. Dans les cas d'extractions difficiles on élèvera la dose à 4 centigr. ; celle-ci donne une anesthésie complète et efficace.

4) Pour les animaux de petite taille, tels que les cobayes, la dose de 4 à 6 centigr. doit être considérée comme mortelle. On peut poser comme règle générale que plus l'animal est grand et robuste, plus la dose nécessaire pour produire l'intoxication et la mort doit être élevée.

5) L'anesthésie produite par la tropacocaïne nous a paru aussi intense que celle que détermine la cocaïne.

6) Nos expériences sur les animaux nous permettent de conclure que la toxicité de la tropacocaïne est moins élevée que celle de la cocaïne.

7) Le degré de concentration de la solution paraît avoir une importance réelle, ce qui tend à justifier les idées de M. Reclus. La dose administrée étant égale, l'action du médicament est d'autant plus rapide, d'autant plus violente que la solution est plus concentrée; au contraire cette action sera bien plus lente à se manifester et bien moins intense lorsque la substance anesthésique sera plus diluée ; cette action serait également d'une durée plus longue.

DES MOYENS DE RÉSISTANCE DE LA DENT CONTRE LA CARIE

Par M. Léon Frey
Interne des hôpitaux de Paris
Chargé du cours de pathologie spéciale à l'Ecole dentaire

Comme tous les autres organes de l'économie, la dent présente, par sa constitution même, un obstacle naturel aux influences morbides. — Comme tous les autres organes aussi, elle essaie de se défendre, si ces agents viennent à vaincre cette résistance naturelle.

Je me propose donc de passer en revue rapidement les moyens naturels de résistance, puis d'étudier ceux qu'elle met en avant quand les premiers ont été insuffisants.

Nous étudierons :

1° La résistance normale, constitutionnelle de la dent;

2° Ses moyens de défense.

Mais auparavant je crois devoir rappeler, en deux mots, que les agents morbides contre lesquels la dent a constamment à lutter sont ceux de la carie, que leur nature parasitaire est incontestable, qu'ils agissent en vertu d'un processus double : par leur propre présence et par les fermentations acides auxquelles ils président. On sait en outre que la dent possède deux éléments, l'un organique qui permettra au parasite de se nourrir, l'autre minéral attaquable par les acides. On sait enfin que la carie, étant donné son origine parasitaire, prend un développement d'autant plus considérable que le terrain est plus organique et moins minéral, c'est-à-dire moins dense.

Ceci posé, voyons comment, par sa structure même, la *dent normale* peut être considérée comme une *place forte* d'une résistance suffisante. Nous ne considérons évidemment que la couronne, puisque *normalement* la racine cachée dans l'alvéole se trouve hors des atteintes des agents de la carie.

En allant de la périphérie au centre, nous trouvons la cuticule de Nasmyth, l'émail, l'ivoire, la pulpe. La structure de la dent ne diffère évidemment pas de la structure générale des autres organes, tous présentent à la périphérie des éléments qui protègent les parties profondes : l'épiderme, pour ne vous citer qu'un exemple, protège le derme, ses cellules sont cornées à la surface de la peau, à peine vivantes par conséquent, mais parfaites pour la défense ; elles présentent une constitution de plus en plus complète à mesure qu'elles deviennent plus profondes. Il en est de même de la dent : l'émail et l'ivoire protègent la pulpe, et cette écorce, presque exclusivement minérale à sa périphérie, devient de plus en plus organique à mesure qu'on avance vers la pulpe.

En effet, la cuticule qui recouvre l'émail ou membrane de Nasmyth, amorphe, d'une épaisseur de 1/1000 de millimètre, est inattaquable par les acides ; l'émail est le plus dur de tous les tissus humains,

il contient à peine 3 à 5 0/0 de matières organiques, le reste est composé de substances minérales : phosphates de chaux et de magnésie, fluorure de calcium, etc. ; cette couche protectrice est donc presque exclusivement minérale.

L'ivoire, dont la texture canaliculaire vous est bien connue, possède beaucoup plus de matière organique que l'émail (28 0/0) ; les canalicules eux-mêmes sont d'autant plus larges qu'on s'approche de la cavité pulpaire ; de sorte que l'ivoire est un tissu à la fois minéral et organique, mais qui, par la différence de calibre des canalicules à la périphérie et au centre, est certainement plus organique vers le centre que vers la périphérie, ou encore plus minéral à la périphérie que vers le centre.

Enfin nous arrivons à la pulpe, qui, elle, n'a qu'une constitution organique et ne possède pas par conséquent de moyens naturels de défense contre la carie.

Donc la dent a une densité, c'est-à-dire une *résistance naturelle contre la carie* d'autant plus grande qu'on va du centre à la périphérie ; en effet, suivant la loi dite de Galippe : la densité des dents (leur résistance naturelle par conséquent) est d'autant plus considérable que leur teneur en matière organique est plus faible et la proportion d'éléments minéraux plus élevée.

Pour poursuivre la comparaison avec une ville fortifiée que je vous faisais au début, je dirai : la cuticule de Nasmyth et l'émail constituent le mur d'enceinte, les canalicules dentinaires sont les chemins bordés de murs résistants qui mènent dans l'intérieur de la place, ces chemins deviennent plus larges à mesure qu'ils se rapprochent du cœur de la place forte qui est la pulpe.

Enfin, avant de clore ce petit chapitre des moyens de résistance ordinaires de la dent, inhérents à celle-ci, j'ai à vous parler de l'action de la *salive*, qui les complète utilement. La salive a une réaction normale alcaline ; or les fermentations, qui détruisent, déminéralisent la dent, sont acides ; la salive baignant les diverses faces de la dent (surtout les faces linguale et triturante) et étant déglutie à intervalles assez rapprochés, constitue comme un petit courant qui dilue les détritus alimentaires, les entraîne, empêche leur stagnation et par suite leur fermentation. Enfin la salive possèderait une action microbicide ; je vous demande la permission de m'étendre un peu sur cette propriété et de vous dire aujourd'hui où en est la question sur cette propriété microbicide de la salive.[1]

Déjà en 1888 M. Valude, au congrès de la tuberculose, disait à propos du bacille de Koch : « Le liquide salivaire complexe, qui résulte du mélange des salives sécrétées par trois glandes différentes, peut posséder une qualité chimique spéciale capable de détruire la nocivité du principe tuberculeux. Toutefois il est plus probable que le microbe de la tuberculose est directement attaqué et détruit par les micro-organismes de toute espèce qui pullulent dans le liquide sali-

---

1. J. L. Petit, p. 177, t. I, édit. 1790 : *la salive est un détersif naturel qui cicatrise bien les plaies.*

vaire. Ces micro-organismes ont toute la résistance nécessaire pour lutter victorieusement contre le bacille tuberculeux, qui exige, pour se reproduire, des conditions particulièrement favorables.

» Le bacille tuberculeux meurt donc dans la cavité buccale, et voilà pourquoi la tuberculose de la muqueuse de cette région est en somme relativement rare ; il est probable qu'elle ne se produit qu'à la faveur d'une solution de continuité accidentelle de la muqueuse ou de son revêtement épithélial. C'est aussi pour la même raison que les glandes salivaires, tout en étant aptes à se tuberculiser par inoculation directe, ne subissent presque jamais la dégénérescence tuberculeuse, puisque les portes d'entrée naturelles de l'infection microbienne ne donnent accès qu'à un virus dénué d'action spécifique. »

Eh bien ! ce qui se passe pour le microbe de la tuberculose peut bien avoir lieu pour d'autres microbes comme ceux de la carie.

Enfin tout dernièrement, Sanarelli a étudié l'action de la salive sur les microbes pathogènes qu'on rencontre le plus fréquemment dans la bouche [1]. Les expériences qu'il a faites lui ont montré que la salive possède la propriété de détruire les bacilles, que cette propriété n'est pas illimitée, mais dépend de *certaines conditions et principalement du nombre de micro-organismes qu'on y introduit*. Ainsi le staphylococcus aureus, le streptococcus pyogène, le micrococcus tetragenus et les bacilles de la fièvre typhoïde et du choléra périssent dans la salive, si on les introduit en petite quantité. Le bacille de la diphtérie et le pneumocoque ne se comportent pas de même, cependant à la longue ils perdent de leur virulence.

Mais Sanarelli n'a pu déterminer à quelle substance la salive doit cette propriété microbicide.

Telle est donc la dent considérée à l'état normal avec ses moyens naturels de défense, son mur d'enceinte, voire même le courant liquide qui la baigne.

Mais imaginez à présent une brèche faite dans ce mur d'enceinte, les ennemis, je veux dire les microbes et en particulier ceux de la carie, vont essayer, par les chemins dentinaires dans lesquels ils s'enfoncent, de pénétrer jusqu'à la pulpe ! La dent heureusement possède contre eux des moyens de défense spéciaux.

Nous disions tout à l'heure qu'une dent est d'autant plus résistante contre la carie qu'elle est plus dense, plus minérale. Comment va-t-elle se défendre une fois la brèche faite ? *En se minéralisant, en se densifiant*, en fabriquant une dentine secondaire, presque exclusivement minérale. La carie va devenir *sèche*. En effet, la pulpe, surexcitée par l'irritation extérieure à travers l'épaisseur de la couche d'ivoire et par l'intermédiaire des canalicules, produit en plus grande quantité les matériaux qu'elle élabore habituellement [2]. Ces nouveaux éléments, que Tomes et Owen appellent dentine secondaire, pénètrent dans les canalicules, s'y déposent molécule à molécule, les remplissent de façon à constituer une masse d'ivoire com-

1. *Journal des connaiss. médicales*, 1892; *Semaine médicale*, 1892.
2. Magitot. Art. carie dentaire, *Dict. des sciences médicales*.

pacte et uniforme, un cône dit *cône de résistance* à base extérieure répondant à la brèche et dont le sommet tronqué, dirigé vers le centre de la dent, atteint assez rapidement la paroi de la cavité pulpaire ; quelquefois même la dentine secondaire gagne sur cette cavité. Cette exagération dans la formation de la dentine secondaire entraîne cette modification de la pulpe connue sous le nom de *calcification de la pulpe*. Elle ne marche pas toujours de la périphérie au centre ; quelquefois des îlots de forme globulaire s'installent sur un ou plusieurs points de la pulpe (*nodules pulpaires*), puis ils augmentent et arrivent à se réunir. Il y a là un processus assez analogue à celui de l'ostéite condensante.

La résistance par formation de dentine secondaire me rappelle ce qui se passe dans le poumon, dans les articulations, lorsque, pour résister à l'infection par le bacille tuberculeux de Koch, la réaction se traduit par la formation d'un *tissu fibreux d'enkystement*. Et, de même que dans les poumons, vous pouvez trouver un mélange, en proportions variables, de lésions tuberculeuses en voie d'extension et de lésions stationnaires ou guéries, de même, comme nous le verrons dans un instant, dans la dent on peut trouver un mélange en proportions variables de points détruits par la carie, et de points *surcalcifiés* de dentine secondaire.

La dentine secondaire est donc, un puissant moyen de résistance. Mais il en est un autre, qui existe certainement, sans être encore très bien connu ; je veux parler de la *phagocytose* de Metschnikoff qui fut ici l'objet d'une intéressante conférence de M. Joseph. La pulpe, *bien avant même* qu'elle soit mise à découvert, est irritée par les micro-organismes qui ont pu pénétrer jusqu'à elle, ainsi que par leurs produits de sécrétion. En effet, comme l'ont d'ailleurs montré les microbiologistes, Miller, Galippe, Vignal, etc., qui se sont occupés de la question, les micro-organismes les plus ténus, grâce aux canalicules dentinaires que la dentine secondaire n'a pas oblitérés, et grâce aussi aux anastomoses multiples de tous les canalicules dès la zone granuleuse, peuvent arriver de bonne heure à la pulpe. On connaît la réaction défensive par formation de dentine secondaire ; quant à la phagocytose, elle est encore hypothétique, je l'avoue, mais logiquement elle ne peut pas ne pas exister ; il m'est impossible de ne pas concevoir qu'*à un moment donné*, la pulpe *mobilise* ses leucocytes, que ceux-ci, sortis des vaisseaux sanguins par diapédèse, entrent directement en lutte avec les microbes, et tâchent de les englober et de les détruire.

Tels sont donc les moyens de défense de la dent contre l'infection de la carie : en première ligne, un moyen minéral, pour ainsi dire, la barrière de dentine secondaire ; en deuxième ligne, un moyen organique, moins bien connu, probablement moins puissant, la phagocytose.

Voyons maintenant pourquoi ces éléments défensifs ne suffisent pas toujours pour empêcher la carie : il y a deux partis en présence, les microbes d'une part, la dent de l'autre.

Pour des raisons multiples, que je ne veux pas envisager ici, ces

microbes peuvent acquérir une virulence telle que toute résistance est impossible.

Quant à la dent, nous savons qu'elle possède une résistance essentiellement minérale, primitive, et aussi secondaire (formation de dentine secondaire). Voyons rapidement les causes qui peuvent affaiblir cette résistance minérale (je ne vous parlerai pas de celles qui diminuent la défense phagocytaire, car, je vous le répète, la phagocytose dentaire n'est pas encore assez bien établie).

1° Les maladies générales, la grossesse, etc., etc., en un mot toutes les causes d'affaiblissement général de l'organisme avec retentissement sur la dent ;

2° Des causes locales multiples, depuis les défauts congénitaux de structure (espaces interglobulaires de Czermak, par exemple) jusqu'aux interventions thérapeutiques maladroites ; tels les irritations violentes, les médicaments trop énergiques, les obturations non isolantes qui empêchent la formation de dentine secondaire.

Notons enfin, pour terminer, que la lutte présente rarement une marche uniforme, il y a des deux parts des alternatives de succès et de revers que l'examen anatomo-pathologique nous montre manifestement. Sur les coupes faites dans différents sens, il nous arrive très souvent de constater des points de carie envahissante ou carie molle, à côté de zones de dentine secondaire, indices d'une évolution sèche de la maladie.

Si de ce petit exposé sur les moyens de résistance de la dent contre la carie j'ose tirer quelques *déductions*, je dirai :

1° Comme pour tous les processus pathologiques, on peut considérer à la carie deux formes types : la forme molle, que j'appellerai la phtisie dentaire, et la forme sèche ;

2° Ces formes correspondent à l'énergie de la résistance d'une part, à l'intensité de l'infection d'autre part ;

3° C'est par l'antisepsie qu'on évite l'infection, qu'en tout cas on en atténue la virulence ; c'est par l'hygiène générale et locale qu'on arrive à une résistance naturelle suffisante ;

C'est par une intervention thérapeutique rationnelle, prudente, qu'on n'entrave pas la réaction de la pulpe dans sa formation de dentine secondaire.

INFLUENCE DE LA MENSTRUATION SUR LES ACCIDENTS D'ORIGINE DENTAIRE

Par M. Joseph,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

A la dernière séance de la Société d'Odontologie, M. Sauvez nous a fait une très intéressante communication à propos de l'influence de la menstruation sur les accidents d'origine dentaire. L'auteur s'est efforcé surtout de nous expliquer le mécanisme pathogénique de ces accidents.

Je n'ai pas à apprécier les excellentes qualités du travail de notre distingué confrère, qualités que nous avons tous reconnues et applaudies. Je ne désire m'arrêter que sur un seul point, celui du principe.

Comment M. Sauvez interprète-t-il l'apparition des phénomène congestifs dans la cavité buccale sous l'influence du processus de la menstruation? Pour lui, et je crois l'avoir bien compris, il s'agirait tout simplement d'un état de pléthore générale, autrement dit, d'une surabondance du sang dans le système vasculaire. Le sang, dit l'auteur, selon l'expression vulgaire chercherait à se placer.

Il y aurait pléthore générale, dont la détermination locale serait la congestion active dans la région de la cavité buccale.

Voilà, réduite à sa plus simple expression, la théorie de M. Sauvez. Elle me semble être en contradiction avec les données actuellement admises.

Dans la circonstance, l'idée de la pléthore générale en suggère une autre, celle d'un mouvement nutritif exalté, d'une combustion, d'une oxydation plus actives et par cela même d'une résistance organique plus élevée.

Or n'est-il vraiment pas surprenant de voir l'organisme, à l'heure où ses fonctions sont particulièrement actives, manifester une susceptibilité plus grande aux irritants externes et constituer en quelque sorte une véritable opportunité morbide? La coexistence d'une résistance physiologique exagérée d'une part et de l'opportunité morbide de l'autre me paraît contradictoire et incompatible.

En outre, comment invoquer les congestions actives? Les accidents ne surviennent-ils pas là où il existe une irritation bien appréciable, où il y a eu lésion plus au moins profonde, plus ou moins durable? C'est surtout dans les caries du quatrième degré que les poussées inflammatoire s'observent; c'est particulièrement dans des conditions mauvaisses d'hygiène buccale que les gingivites, que les stomatites se développent. Le titre même de la communication indique qu'il s'agit bien là d'accidents d'origine dentaire. On pourrait dire, sans trop forcer, d'accidents d'origine infectieuse.

Il est singulier, je le répète, de voir l'organisme, habituellement indifférent aux influences des agents irritants déterminés, réagir par un travail inflammatoire, en présence des mêmes causes d'irritations, à l'époque où la susceptibilité, selon l'hypothèse de M. Sauvez, serait le moins admissible.

Il n'est peut-être pas moins justiciable d'admettre que, si le mot pléthore peut dans ces cas être appliqué, celle-ci serait essentiellement locale et se limiterait aux organes de la reproduction et génitaux. La congestion active imminente de ces organes déterminerait des troubles secondaires généraux plus au moins appréciables, qui, loin d'activer les fonctions élémentaires, empêcheraient au contraire les échanges physico-chimiques normaux, condition qui aurait pour résultat de diminuer la résistance vitale des tissus. De là la susceptibilité spéciale propre à cette époque, de là l'opportunité morbide.

Si j'insiste sur ce point, c'est qu'à mon avis il ne s'agit pas là

seulement d'une question purement théorique, mais d'un fait dont l'importance pratiqué est considérable. En effet, où devrait nous conduire logiquement la conception de M. Sauvez, sinon à la pratique des scarifications étendues, sinon à des applications de sangsues, à des révulsifs puissants ? Or ce sont des moyens qui, dans la circonstance, doivent être absolument proscrits. Les toniques généraux et locaux, les antiseptiques seront les seuls employés avec raison.

QUELLES SONT LES DENTS A EXTRAIRE DE PRÉFÉRENCE POUR OBTENIR UN ÉCARTEMENT INTERDENTAIRE ASSEZ RÉGULIER.

Par M. H. Duvoisin, D. E. D. P.

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

On peut généralement dire que les dents sont trop serrées. De ce fait, les caries sont nombreuses et offrent surtout à la thérapeutique de grandes difficultés, car elles sont non seulement situées sur des surfaces libres, mais encore, et ceci le plus fréquemment, intersticiellement. Si ces dernières caries existent entre petites et grosses molaires, c'est à force de patience et de temps que l'on arrive ou que l'on croit arriver à une préparation parfaite de la cavité ou à une obturation ne laissant rien à désirer. Dans la plupart des cas, la carie envahit non seulement l'émail et la dentine, mais attaque une certaine partie du cément ; alors, pendant plusieurs jours, on est dans l'obligation d'écarter et la dent et la gencive. De là, périostite subaiguë, inflammation d'une certaine étendue de gencive, la mastication de tout le côté en traitement devient difficile, le malade souffre et perd patience ou tout au moins se promet bien de ne pas recommencer immédiatement pour une autre dent. Supposons qu'aux mâchoires supérieure et inférieure il existe seulement trois caries intersticielles difficiles à atteindre ; à la deuxième, la patience du malade dans beaucoup de cas disparaîtra. Il arrive alors que la dent contiguë subit l'envahissement de la carie et, à un moment donné, il n'y a que deux solutions possibles, ou extraire les dents ou les nerfs, vu que la pulpe dans la majorité des cas est mise à nu. C'est encore une chose peu agréable que d'avoir un certain nombre de dents sans vitalité réelle, d'autant plus que, chez un sujet jeune, on réussit ou on ne réussit pas ; je veux dire par là que la dent, après extraction de la pulpe et des filets nerveux, vit quatre ou cinq ans, tandis que l'opération faite à l'âge mûr, époque à laquelle la dent a atteint son complet développement, peut durer indéfiniment s'il ne survient pas de diathèse quelconque ou une maladie du périoste.

Que de difficultés on éprouvera à bien préparer une cavité intersticielle ! Est-on toujours bien sûr de ne pas laisser quelques parcelles de dentine ramollie ? Les bords de la cavité sont-ils suffisamment

taillés et fermes pour endurer le contact d'une substance obturatrice? J'ai pu voir souvent, trop souvent même, après avoir pris toutes les précautions possibles dans la préparation de la cavité, les bords absolument nets, l'obturation bien polie, ne laissant aucune rugosité, j'ai vu, dis-je, un certain nombre de caries continuer leur œuvre de destruction. Qu'arrive-t-il? Six mois après, peut être deux ans après, la substance obturatrice, dans la généralité des cas, se trouve comme suspendue au bord inférieur de la cavité, c'est-à-dire le bord le plus près de la face triturante, tandis qu'à l'opposé on ne trouve qu'une immense cavité envahie par le tissu gingival. Une partie des racines se trouve détruite, la pulpe est presque à jour ou décomposée et alors que faire? La dent, est dans cet état, difficile à conserver. A quoi cela tient-il? Je crois pouvoir affirmer qu'il n'y a qu'une cause essentielle : la rétention de parcelles alimentaires entre les dents.

Le brossage même bien fait ne peut atteindre et déblayer de ces dépôts ces espaces triangulaires si bien abrités servant de récipients à tous les détritus buccaux. Après avoir eu un certain nombre de succès et de déboires avec ce genre de caries, je suis arrivé à la conclusion qu'il faut obtenir entre chaque molaire, puisque ce sont celles-ci qui offrent des difficultés, les dents antérieures étant par leur position facilement accessibles, un millimètre au moins d'espace entre chacune d'elles. Qu'arrive-t-il alors? Plus de débris alimentaires, un brossage journalier bien fait débarrasse complètement les espaces interdentaires, et ce n'est qu'exceptionnellement que l'on en trouve par ci par là. Par conséquent, il existe beaucoup de chances pour que les caries intersticielles ne se forment pas; se produisent-elles, on les aperçoit dès leur début puisqu'il existe un espace d'un millimètre qui vous permet de voir et de travailler la dent. Avec la douleur seule ou plutôt l'agacement produit par l'excision de la dentine, la périostite n'existe pas puisqu'il n'y a pas de traumatisme et nous pouvons dans ces conditions-là être sûrs de faire un travail durable.

Que faut-il faire pour obtenir un millimètre et plus si c'est possible d'espace entre les molaires? Il faut enlever les quatre premières grosses molaires si elles ont une tendance à se carier, ou les quatre deuxièmes bicuspides si les premières grosses molaires sont indemnes. Quant aux deuxièmes petites molaires, qu'elles soient dans un état pathologique ou non, ce sont celles-là de préférence qui doivent être sacrifiées. Pour ces extractions, il faut autant que possible attendre l'éruption complète des deuxièmes grosses molaires, de onze à treize ans par conséquent, car en supposant que l'on soit disposé à extraire les premières grosses molaires, l'emplacement de celles-ci serait vite occupé ou totalement ou tout au moins en majeure partie par les deuxièmes grosses molaires au moment de leur éruption ; il n'y aurait dans ce cas aucun avantage à faire des sacrifices. Je ferai la même observation pour les deuxièmes bicuspidées, c'est-à-dire que les deuxièmes grosses molaires, au moment de leur éruption, occasionneraient une pression constante sur les premières grosses molaires qui, elles, ayant le vide à leur face antérieure, s'empresseraient de rejoindre les premières bicuspidées.

Examinons maintenant, en supposant la dentition complète, ce qui arrivera si l'on supprime les premières grosses molaires. En l'espace de deux à trois ans, on verra les deuxièmes grosses molaires avancer progressivement et occuper à peu près un tiers de l'espace laissé par les premières grossse molaires, tandis que les deuxièmes bicuspidées auront fait un léger recul, en favorisant ainsi les premières petites molaires et atténuant d'autre part la large brèche des premières grosses molaires. On trouvera donc un espace d'un millimètre à peu près entre les bicuspidées et deux à trois millimètres entre les deuxièmes bicuspidées et les deuxièmes grosses molaires. Si ce sont les deuxièmes bicuspidées qui ont été sacrifiées, les premières grosses molaires avanceront lentement, les premières bicuspidées prendront un millimètre à peu près de l'espace vide et on se trouvera avec la situation suivante :

Ecart entre les canines	et les premières petites molaires,		un	millimètre.
—	premières petites mol.	et les prem. gr. mol.	trois	—
—	— grosses —	2mes —	un	—

Si les premières grosses molaires et les deuxièmes petites molaires sont cariées, je propose d'enlever les petites molaires de préférence, étant donné leur plus faible surface triturante, d'autant plus que, cariées souvent des deux côtés, il ne reste habituellement de ces dents-là qu'un tronçon informe.

DE L'ACTION DE L'OR ET DES AURIFICATIONS SUR LES TISSUS DENTAIRES, COMME MODE D'OBTURATION.

Par M. Ch. Jeay.

De toutes les matières obturatrices, l'or est aujourd'hui la plus estimée à cause de sa malléabilité et de son emploi facile dans les mains d'un bon opérateur, à cause aussi de son inaltérabilité aux sécrétions buccales et de sa parfaite adhérence aux parois des cavités, sans retrait ni dilatation ultérieure. Son action sur les tissus dentaires donne lieu à des phénomènes de deux ordres : mécaniques ou physiques.

Etant très malléable, susceptible d'un tassement parfait, il isole complètement les tissus dentaires, les protège d'une manière absolue contre les agents extérieurs, empêchant ainsi un retour possible de carie. Comme pour faire une aurification à l'or adhésif la sécheresse est indispensable, on a ainsi une chance de plus que les tissus dentaires soient dans les meilleures conditions pour ne pas continuer à s'altérer sous l'obturation, et son emploi même a pour conséquence un élément prépondérant de notre thérapeuthique : l'antisepsie par isolement.

Nous avons vu qu'il est malléable : il jouit donc d'une certaine

élasticité, supporte mieux les chocs extérieurs et, par suite, est plus résistant, moins cassant, tout en ne demandant pas aux tissus qui le supportent une solidité aussi grande que les autres matières obturatrices ; il les rend dès lors moins fragiles.

Nous avons dit que son adhérence est parfaite ; elle l'est pourtant moins dans l'or adhésif que dans l'or mou.

Le premier, en effet, se tasse moins régulièrement, adhérant à lui-même sous la moindre pression et formant parfois sous le maillet de petites boules irrégulières ; il laisse toujours quelques vides entre les fibres et la surface de dentine sur laquelle il repose, ce qui atténue dans une certaine proportion leur parfait isolement. Heureusement qu'au niveau de l'émail il n'en est plus ainsi et que par suite le contour de l'obturation ne permet de pénétrer à aucun élément nuisible pour l'altérer de nouveau.

Le grand défaut de l'or est d'être, comme tous les métaux, un excellent conducteur du chaud et du froid. Les variations thermiques sont, en effet, perçues par les fibrilles ou par la pulpe elle-même, si elle est trop proche, et il en résulte les deux inconvénients suivants : ou bien il se produit une légère irritation de l'organe central ayant un effet thérapeuthique excellent ou bien l'irritation est trop violente et la pulpe s'enflammera.

Si l'or est à une certaine distance de la pulpe, si celle-ci se trouve suffisamment protégée contre les brusques changements de température par une couche de dentine, il y aura formation de dentine secondaire. En effet, suivant l'expression typique de Tomes, la pulpe fait de la dentine jusqu'à en mourir ; or, sous une irritation légère mais continue, ses éléments prolifèrent davantage, leurs fonctions physiologiques s'accroissent, et, par suite, les fibrilles dentinaires sécrétant beaucoup plus de sels calcaires, il se forme une nouvelle couche de dentine. Cette suractivité est excellente au point de vue thérapeutique, la dent reprenant ainsi plus de force, plus de vigueur, sans que ce phénomène puisse nuire à la pulpe, puisque aussitôt qu'elle a secrété une couche suffisante de dentine elle est isolée, n'est plus inquiétée par les troubles extérieurs. En outre, la dentine déjà formée y a gagné elle-même des qualités : sa calcification se sera accrue ; elle aura donc plus de résistance et la dent plus de solidité. En un mot, l'or employé judicieusement offre toutes les qualités requises pour une bonne obturation : isolement parfait et action physique irritante sur les tissus dentaires ayant pour résultat d'augmenter la durée de l'organe en augmentant sa solidité.

Il n'en est plus de même pourtant si l'aurification est faite trop près de la pulpe. Celle-ci doit alors subir de tels assauts qu'il n'y a plus excitation de ses éléments, mais bien irritation : ils ne prolifèrent pas davantage pour sécréter plus de sels calcaires, mais ils s'enflamment. L'organe se congestionne, augmente de volume, et, comprimé entre des parois inextensibles, il y aura douleur, en un mot pulpite avec mortification consécutive. Cette mortification n'a pas toujours lieu ainsi : dans certains cas, la douleur n'avertit pas du danger, l'irritation physiologique est simplement plus forte, la sécrétion des

sels calcaires trop abondante et, au lieu d'être utile, cette irritation est nuisible, la pulpe subit une dégénérescence calcique.

Enfin, lorsque la pulpe se trouve dénudée pendant la préparation d'une cavité, certains opérateurs appliquent quand même l'or sans aucun isolant : il en résulte par suite les inconvénients dus à un isolement imparfait, et aussi, comme ce métal est très élastique, une compression de l'organe; or dans le coiffage, la compression est toujours une cause certaine de non réussite.

Dans une cavité peu profonde l'indication de l'or est absolue, mais dans celle très proche de la pulpe il est bon de mettre un isolant, de préférence du ciment.

Le platine, bien moins employé, n'isole pas autant les tissus, son adhérence est moindre ; quant à son action irritante, elle obéit aux mêmes lois que celle de l'or.

Quant à l'étain, comme il est moins bon conducteur des impressions thermiques, il est bien mieux supporté, tout en ayant des propriétés antiseptiques sur la dentine par suite de son isolement absolu. Il a en outre une action galvanique assez puissante qui a pour conséquence le durcissement de la dentine, et on doit toujours le préférer aux autres métaux pour obturer les dents temporaires, car il facilite leur calcification.

Enfin les combinaisons d'or et de platine et celles d'or et d'étain n'ont sur les tissus que des actions encore très mal définies, en dehors de celles propres à chacun de ces métaux. Disons pourtant que l'or et l'étain, étant dans un milieu généralement acide, donnent lieu à des phénomènes galvaniques comparables à ceux d'une pile électrique infiniment petite et semblant avoir surtout pour effet le durcissemeut de la dentine.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 6 décembre 1892.

Présidence de M. Poinsot, président honoraire.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Poinsot. — M. le secrétaire général s'excuse de ne pouvoir assister à la réunion de ce soir. M. Barrié, secrétaire des séances, va le remplacer.

M. Barrié donne lecture du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté sans observations.

I. — UN CAS DE TRANSPLANTATION, PAR M. JOSEPH

M. Joseph. — Les détails de ce cas de transplantation, qui remonte à 14 mois, ont été publiés dans le numéro de novembre de l'*Odontologie* ; c'est dire qu'ils vous sont connus. Il s'agissait d'une première petite molaire, qui a dû être extraite pour remédier à certaines irrégularités, et que j'ai songé à utiliser pour la malade que j'ai l'hon-

neur de vous présenter. La jeune personne à laquelle la dent a été enlevée était âgée de 12 ans et demi ; cette dent a servi à en remplacer une dont la racine avait occasionné des fistules.

DISCUSSION

M. Frey. — Cette question de la transplantation est extrêmement intéressante. Dans le cas le plus général il s'agit de dents quelconques que le dentiste prend sur sa table, qu'il antiseptise et qu'il transplante ; elles deviennent adhérentes à l'alvéole parce qu'il se forme des travées osseuses, ainsi que l'ont prouvé les expériences de MM. Duplay et Cazin, dans une récente communication à l'Académie des sciences. Le son que donnent les dents transplantées quand elles s'unissent à l'alvéole est sourd.

M. Meng. — Ce son est plutôt sec.

M. Joseph. — Je partage l'avis de M. Frey. Il se produit une ostéite condensante, et c'est à ce moyen naturel qu'est due la rétention.

M. Barrié. — Quel est, selon M. Frey, le temps nécessaire à la formation du cal osseux ?

M. Frey. — Tout dépend des individus et de l'antisepsie plus ou moins rigoureuse qui aura été observée ; un rien peut retarder l'union. M. Ollier, de Lyon, insiste beaucoup sur les soins antiseptiques.

M. Gillard. — On a toujours discuté beaucoup sur le mode de rétention. On parle d'ostéite condensante, mais il se produit aussi une ostéite raréfiante. Ceux qui ont pratiqué la transplantation ont pu, en effet, remarquer que les racines sont criblées de petits trous ronds; dans ces conditions, les saillies osseuses de l'alvéole pénètrent dans la racine et la maintiennent. L'alvéole, lorsqu'il est sain, prolifère et il y a, d'un côté, ostéite condensante, et, de l'autre, ostéite raréfiante.

M. Frey. — On a proposé de pratiquer des encoches dans les racines pour diriger ce travail d'ossification.

M. Poinsot. — Il y a quelques années une personne me disait tout le mal possible d'un confrère qui, pour des motifs que je n'apprécierai pas, aurait enlevé une dent à un sujet pour la réimplanter à un autre. La personne qui a subi cette opération est l'amie d'une de mes clientes. Or la personne sur laquelle l'avulsion avait été pratiquée venait d'avoir une fièvre typhoïde ; eh bien, celle qui subit la transplantation mourut 7 ans après, d'une fièvre typhoïde également. Mais cela ne prouve pas qu'il faille fermer la porte à la greffe.

M. Joseph. — La simultanéité de la cémentite raréfiante et de l'ostéite condensante ne peut être considérée comme établie, et il se peut que les phénomènes régressifs du cément soient le résultat de l'état morbide, dont la chute de la dent est le terme final.

M. Gillard. — Vous parlez de la chute de ces dents. Elles tombent généralement assez difficilement, par suite d'abcès; au-dessus de la limite de l'abcès on trouve ces épines osseuses. J'ajoute que la dent réimplantée est presque toujours plus dure à arracher qu'une dent normale; avec celle-ci il suffit de dilater l'alvéole, tandis qu'avec l'au-

tre on rencontre plus de résistance, et il est certain que les petites saillies osseuses contribuent à cette résistance.

M. Poinsot. — Les dents tiennent par des trous, découpés, pour ainsi dire, à l'emporte-pièce ; il s'y forme des ostéophites. Maintenant tout dépend de la valeur de la dent.

M. Frey. — Il faut tenir compte également de la résistance du sujet. Par exemple, cet été, j'ai essayé une transplantation sur une jeune femme d'un mauvais état général et, malgré une antisepsie rigoureuse, j'allais croire à un échec quand l'état général de ma malade se remonta par un séjour prolongé à la campagne et la dent transplantée se consolida absolument dans son alvéole.

M. Poinsot. — Je me rappelle à ce propos que M. Chauvin fit un jour une communication sur ce sujet. Il avait fait une réimplantation qui ne réussit pas. Le malade était albuminurique.

II. — ACTION ANESTHÉSIANTE DE LA TROPACOCAINE, PAR MM. LE Dr PINET ET G. VIAU

M. Gillard, donne lecture sur ce sujet d'une lettre du Dr Pinet (voir aux *Travaux originaux,* n° de décembre).

III. — QUELLES SONT LES DENTS A EXTRAIRE DE PRÉFÉRENCE POUR OBTENIR UN ÉCARTEMENT INTERDENTAIRE ASSEZ RÉGULIER ? PAR M. H. DUVOISIN

M. H. Duvoisin, de Chartres, donne lecture d'une note sur cette question (voir *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Poinsot. — Vous ne proposez votre système que s'il reste des dents cariées ?

M. Duvoisin. — A l'âge de 14 ans.

M. Poinsot. — Si les dents sont très serrées, vous n'en enlevez aucune ?

M. Duvoisin. — Je conseille d'enlever la petite molaire.

M. Poinsot. — Il n'est pas prouvé que ces petits vides se produisent aux points désirés ni que la grosse molaire s'avance dans ce vide Si la dent s'incline en avant, elle n'est plus placée dans son axe pour broyer les corps durs, et alors vous pouvez avoir des affections du périoste.

M. Duvoisin. — Supposons une carie sur la face antérieure ; que ferez-vous alors avec des dents très serrées ?

M. Poinsot. — Les Américains déterminent, eux, des vides à la lime et produisent des choses épouvantables au point de vue esthétique. Il ne faut pas les imiter. Il serait préférable de prendre l'enfant dès le début pour en développer le squelette, car, à cet âge, on peut opérer des redressements de bouche considérables.

M. Duvoisin. — Que faut-il faire dans ce cas ?

M. Poinsot. — Conserver le plus d'organe possible.

M. Duvoisin. — Comme il est quelquefois difficile d'arrêter la carie, vous perdrez deux dents au lieu d'une.

M. Gillard. — Je regrette que la communication de M. Duvoisin, si belle théoriquement, ne le soit pas pratiquement. Son auteur n'oublie qu'une chose, c'est que les dents ne marchent pas militairement au simple commandement. Elles s'inclinent parfois considérablement vers le vide produit. Il y a une autre raison anatomique : l'engrènement de l'arcade supérieure sur l'arcade inférieure qu'il faut respecter, autant que possible.

M. Duvoisin. — J'ai enlevé plusieurs fois des dents dans ces conditions et obtenu de bons résultats. J'ajoute que je pratique ce système depuis 4 ou 5 ans et que je n'ai pas à le regretter.

Un membre. — L'extraction de la dent de 6 ans ne permet pas aux autres molaires de s'avancer d'une façon parallèle ; de plus l'articulation sera forcément défectueuse.

M. Prével. — Il y a quelques années, un homme vint à la clinique en se plaignant de fortes douleurs du côté gauche de la bouche. La 1re grosse molaire manquait et la dent voisine était couchée, n'occupant pas sa position normale ; mais la cavité était si bien remplie que je ne m'aperçus pas tout d'abord qu'il manquait une dent. Je pensai que la névralgie était due à la dent inclinée et je me décidai à l'enlever ; je l'ouvris et je constatai de l'ossification de la pulpe. Quelque temps après je revis le sujet qui se déclara guéri de ses névralgies.

M. Poinsot. — Ceux qui voudront expérimenter le système de M. Duvoisin devront le faire avec une grande prudence et dans les cas les plus favorables.

IV. — DES MOYENS DE RÉSISTANCE DE LA DENT CONTRE LA CARIE, PAR M. FREY

M. Frey, donne lecture d'une communication sur ce sujet (voir *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Prével. — Je crois qu'il serait bon de diviser nos dents en deux parties, les dents inférieures et les dents supérieures, et de se demander pourquoi les dernières s'en vont toujours plus vite que les premières, ainsi que le prouvent les pièces de prothèse que nous avons toujours à confectionner plus souvent pour la mâchoire supérieure.

M. Frey. — L'action microbicide de la salive s'exerce bien mieux au niveau de la mâchoire inférieure que de la supérieure.

M. Poinsot. — Il est certain, dit-on, que la salive possède des propriétés microbicides, mais, si nous nous en rapportons aux recherches de M. Vignal, nous y trouverons des variétés nombreuses de microbes. Or la salive baignant beaucoup plus la mâchoire inférieure que la mâchoire supérieure, quand elle est acide, celle-ci devrait être bien plus exempte de carie que l'autre, tandis que c'est le contraire qui a lieu : l'explication n'est donc pas suffisante. Il est plus vrai de dire que c'est une raison mécanique et que là, comme toujours, le marteau s'abîme plus que l'enclume.

A propos d'ailleurs de ces propriétés microbicides il me vient à l'esprit une anecdote que je crois bon de vous conter. Un de mes clients va passer ses vacances dans son château, mais, s'ennuyant à la campagne au bout de quelques jours, il revient à Paris. Il va voir son médecin qui lui demande ce qu'il y a de nouveau à la campagne, « Une épidémie de variole, » répond mon client. — Alors je vais vous vacciner ; j'ai précisément là du vaccin dont j'ai usé pour quelqu'un. » Le vaccin étant sec, le docteur pria mon client d'humecter le verre de sa salive ; mais celui-ci, en proie à l'émotion, ne put en fournir. « Qu'à cela ne tienne, repartit le médecin, j'en ai pour vous ». Il introduisit le vaccin sous la peau, celui-ci prit merveilleusement... et autre chose aussi : mon client a eu un phlegmon très grave.

M. Frey. — Si, en effet, le médecin était dyspeptique, sa salive était très nocive ; mais la salive dont parle Sanarelli était normale. D'ailleurs notez que je me suis abstenu de conclure à l'action antiseptique de la salive et à son usage pour le pansement des plaies, par exemple.

V. — INFLUENCE DE LA MENSTRUATION SUR LES ACCIDENTS D'ORIGINE DENTAIRE, PAR M. JOSEPH

M. Joseph, donne communication d'une note sur ce sujet (voir *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Sauvez. — Si je comprends bien la théorie émise par M. Joseph, elle diffère de la mienne en ce que je m'appuie sur la congestion de tout l'organisme au moment de la menstruation, tandis que, pour lui, il y aurait à ce moment congestion, non pas de tout l'organisme, mais surtout des organes génitaux, d'où forcément anémie et diminution de résistance pour le reste du corps et par conséquent tendance à l'infection.

Or j'ai pour moi plusieurs auteurs, notamment M. le professeur Pinard, le Dr Delestre et beaucoup d'accoucheurs qui admettent la congestion de l'organisme tout entier pendant la menstruation ou la grossesse. D'ailleurs tout le monde sait que, si la menstruation s'établit un peu difficilement, la femme aura des hémoptisies, des épistaxis supplémentaires, des hémorragies sous-conjonctivales et de la congestion des organes thoraciques.

Il est vrai que M. Joseph ne me conteste pas la congestion, mais pour lui elle est secondaire à l'infection. Il faudrait donc admettre pour les quelques cas que je viens de citer que les divers milieux (poumons, fosses nasales, thorax) d'où s'échappe parfois le sang pendant la période menstruelle, sont infectés à ce moment, ce qui me semble difficile.

M. Touvet-Fanton. — Comment expliquer alors qu'une femme anémique enceinte engraisse plutôt et se tire quelquefois d'un mauvais état général ?

M. X... — J'ai obturé une carie du deuxième degré, dont la personne

éprouvait de la douleur au moment de la menstruation ; il y a donc une circulation plus active à cette époque.

VI. — LA GALVANOPLASTIE APPLIQUÉE AUX MODÈLES MÉTALLIQUES DESTINÉS A L'ESTAMPAGE

par M. GILLARD.

M. Gillard. — L'estampage laisse beaucoup à désirer s'il s'agit de grandes plaques, car alors nous avons des papilles très élevées. Le meilleur moyen pour avoir un modèle exact est de retourner l'anneau avec le sable et de tapoter. Les mécaniciens tapent, en général, à droite et à gauche de leur modèle; ces coups font faire un mouvement à celui-ci et on a une dépression sur la ligne médiane. D'autres mécaniciens tapent en avant et en arrière, mais le centre du relief en sable ne se dérange pas. Je parle, bien entendu, des dentiers à succion. C'est pour cette raison que vous entendez assez fréquemment des malades vous dire: « Cette pièce me blesse au milieu du palais, » mais cela est assez difficile à éviter.

Pour les petites plaques, il faut un métal dur, le zinc, et pour la matrice un métal mou, le plomb.

C'est pour remédier à ces deux inconvénients que j'ai pensé à une petite modification, ou plutôt c'est un chirurgien des hôpitaux qui s'occupe beaucoup de petites choses qui y a pensé. Les dernières plaques qu'il portait le gênaient; c'est ce qui a provoqué ses recherches. Sur le modèle en plâtre il a déposé une première cuvette en cuivre de 1 mm. à 1 mm. 1/2 d'épaisseur, puis il a déposé le contre-modèle primitif et il a obtenu deux plaques, qui ont été doublées avec du métal. Ce procédé m'a parfaitement réussi, tandis qu'il est rare dans la pratique de voir une plaque de métal coller aussi bien que des plaques de caoutchouc.

Ces dépôts s'obtiennent assez facilement avec un courant faible et continu, tel qu'en fournissent les piles Daniel, les meilleures pour les dépôts galvaniques. Les galvanoplastes emploient bien les piles Bunsen, mais elles sont gênantes pour les ateliers; d'autre part, les piles Leclanché se polarisent facilement. Dans la pile Daniel, au-dessus du vase poreux se trouve un ballon de verre, dont le liquide est toujours à saturation; le bouchon de l'orifice de ce ballon est percé de deux trous qui permettent aux liquides de se changer. Trois ou quatre éléments montés en tension suffisent pour deux jours.

Maintenant, il faut rendre le plâtre conducteur. On a bien conseillé pour cela des poudres métalliques, mais elles s'altèrent beaucoup dans le bain, même la plombagine, la meilleure de toutes pourtant. Ce qu'il y a de mieux à cet égard, c'est une solution d'azotate d'argent, mais il faut que l'argent soit réduit. On expose donc à la lumière ou à un jet d'hydrogène sulfuré; on dissout des vapeurs de phosphore dans du sulfure de carbone et on obtient ainsi une surface noire, mais il faut de très grandes précautions parce que cette solution est très inflammable et très corrosive.

Avant le dépôt du cuivre, ayant remarqué ce voilage du creux,

j'avais fait une simple calotte en plâtre et j'y déposais une couche de 2 ou 3 millimètres; puis, quand c'était bien moulé, je retirais la calotte.

DISCUSSION

M. Barrié. — M. Gillard, dans son exposé des moyens employés pour retirer les modèles de la terre, a omis de vous parler d'un moyen qu'emploient fréquemment des mécaniciens et qui consiste à retourner son cercle de manière que le modèle, s'il a été bien préparé, tombe de lui-même facilement en tapotant légèrement sur le cercle. On évite ainsi en partie les inconvénients qu'il vous signale.

M. Deschaux. — Ce qui occasionne le voilage, c'est la soudure des dents.

M. Paulme. — En matière de galvanoplastie, il vaut mieux employer la pile dans le bain.

M. Gillard. — C'est plus encombrant qu'une pile séparée, qu'on peut avoir sur une planche.

M. Paulme. — J'ai eu recours aux deux moyens.

M. Frantz. — N'a-t-on pas une épaisseur qui nuit au modèle?

M. Gillard. — Pour avoir la contre partie il faut un dépôt se séparant du métal; aussi convient-il de frotter avec une brosse grasse, les traces de graisse n'empêchent pas la conductibilité et les plaques se décollent. Comme on n'a jamais à confectionner de pièces avec des parties rentrantes, on bouche le noir avec de la cire, avec ce procédé les papilles sont exactement reproduites.

VII. — ESTAMPAGE AU MOYEN DE CHEMISES MÉTALLIQUES, PAR M. CECCONI.

M. Cecconi. — Il s'agit du modèle difficile que j'ai l'honneur de vous présenter. Quand on eut fait la pièce, il fallait estamper tout de suite sur les angles, et, comme la succion du sujet comportait un autre appareil, j'eus recours à des chemises de métal, moyen très connu en bijouterie. Je fis 3 chemises de trois épaisseurs différentes, l'une au 3, l'autre au 7, l'autre au 9. J'estampai d'abord celle-ci sans avoir ni pli ni déchirure; je mis la chemise au 7 sur mon zinc, j'estampai celle au 3, je retirai le tout et je mis la chemise au 3 sur le zinc. Là-dessus je commençai à estamper à l'or fin et j'obtins une plaque sans aucun pli; je mis la plaque en or sur les deux premières et je fis descendre jusqu'à la première.

DISCUSSION

M. Swayearski. — Avec combien d'estampes procédez-vous?

M. Cecconi. — Avec 2 ou 3, car en agissant brusquement on pourrait avoir des déchirures.

VIII. — CONSERVATION DES MODÈLES AU MOYEN DE LA GALVANOPLASTIE, PAR M. POINSOT

M. Poinsot. — Vous savez combien il est difficile d'obtenir des modèles d'une exactitude parfaite et, quand nous en avons d'excellents,

ils sont bien exposés dans notre atelier et risquent fort d'être endommagés. J'ai donc pensé à utiliser la galvanoplastie pour les conserver. D'un autre côté, quand nous prenons un modèle au plâtre, dès que la chaleur a cessé, il y a déjà une petite différence par retrait. J'ai songé également à éviter cet inconvénient. Pour obtenir l'exactitude nous prenons l'empreinte au plâtre, et, plus le creux est considérable, plus nous avons de retrait. Si dans le métal en creux nous pouvions déposer une couche de métal, nous aurions un modèle en saillie avec des angles parfaitement résistants. Voici un essai qui présente une grande perfection dans les empreintes. (Il montre des modèles.)

IX. — DON AU MUSÉE PAR M. ROZENBAUM

M. Rozenbaum présente une dent adhérente à un morceau du maxillaire qui a été extraite au moyen de la clef de Garengeot par un dentiste de province ; il en a fait don au Musée de l'Ecole.

La séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire général,
Francis JEAN.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Assemblée générale annuelle du samedi 26 *novembre* 1892.

Présidence de M. LECAUDEY, président, directeur de l'Ecole.

La séance est ouverte à 8 heures 20.

86 membres sont présents.

M. Lecaudey. — Un certain nombre de membres ont demandé que l'ordre du jour soit interverti, c'est-à-dire que la discussion du règlement intérieur ait lieu à la fin pour que les élections puissent se faire à 10 heures. L'assemblée y voit-elle des inconvénients ?

M. Godon. — Je comprends les motifs qui décident le Conseil de Direction à vous demander de reporter à la fin de la séance le vote du règlement; mais le Conseil de Direction ne serait-il pas plutôt d'avis de convoquer une assemblée spéciale pour le discuter ? Pour ma part, j'ai désiré en prendre connaissance et il a fallu deux jours pour le recopier. Il est fort long, en effet, puisqu'il contient environ 130 articles; quelques-uns ont déjà figuré dans nos brochures annuelles et sont, par conséquent, connus, mais d'autres, au contraire, sont nouveaux et il importe de les examiner à loisir, car le règlement embrasse l'ensemble de notre organisation nouvelle. Celle-ci intéresse tous les membres de la Société. En ce qui nous concerne, nous ne sommes venus ce soir que pour cela et les questions de personnes sont absolument étrangères à notre présence ici. Nous eussions souhaité que ce projet de règlement fût imprimé et envoyé à tous les membres avant d'être mis en discussion en séance, et c'est cette proposition que je formulerai en terminant.

M. Lecaudey. — La proposition de M. Godon est assez juste et nous pourrions l'approuver. Je vais la mettre aux voix.

M. Lemerle. — Ce sera une dépense nouvelle si l'on apporte des rectifications au projet.

M Godon. — Qu'il y ait d'abord une discussion générale et, si certains reproches qu'on peut adresser à ce règlement sont justifiés, une nouvelle assemblée générale pourra le discuter.

M. Lemerle. — C'est une question de 200 francs de frais.

M. Dubois. — Tout au plus 80 francs.

M. Lecaudey. — Il vaut mieux imprimer le règlement et l'envoyer à tous les membres avant toute discussion. Une assemblée sera convoquée pour l'examen.

L'assemblée, consultée, décide que le projet de règlement sera imprimé et envoyé à tous les membres de la Société et que la discussion en aura lieu ultérieurement.

M. Lecaudey. — La parole est à M. Tusseau pour la lecture du procès-verbal de la dernière réunion.

M. Tusseau, secrétaire général. — Désirez-vous que je vous lise ce procès-verbal (du 31 mai dernier) qui a été publié dans le numéro d'août de l'*Odontologie?* Je crois que, en raison de cette publication, les membres qui auraient des rectifications à présenter pourraient les faire directement.

M. Lecaudey. — Je vais mettre aux voix la lecture du procès-verbal.

M. Papot. — Je ne demande pas la lecture, mais je désire faire une rectification. Au nom de plusieurs de mes collègues et au mien, je viens protester contre la rédaction du procès-verbal de la dernière assemblée générale.

Il ne cite que très incomplètement les documents communiqués au président, notamment ceux adressés par MM. Godon et Ronnet, bien qu'ils aient été lus *in extenso* en séance.

De plus, il prête à MM. Chauvin et Dubois et à moi-même des paroles ou inexactes ou incomplètes.

Ne voulant pas retarder l'ordre du jour, nous nous bornons à cette protestation.

M. Lecaudey. — Cette protestation sera insérée au procès-verbal. Y a-t-il d'autres observations ?

La lecture du procès-verbal, mise aux voix, n'est pas approuvée.

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

M. Tusseau donne lecture de la correspondance qui comprend : 1° la lettre suivante du Dr Deny :

Paris, le 16 septembre 1892.

Mon cher ami.

Je trouve dans votre « mémorandum » la phrase suivante : « *Ce fut un triste jour sans doute que celui où MM. Ramonat, Viron, Decaudin, Deny et Gérard passèrent de l'Ecole de la rue Richer à l'Ecole de la rue de l'Abbaye.* » Cette assertion, en ce qui me concerne du moins, n'est pas exacte. Je n'ai jamais fait de cours ni été attaché à aucun titre à l'Ecole de la rue de l'Abbaye. J'avais accepté, il est vrai, au moment de la création de cette Ecole d'y enseigner l'anatomie, mais M. Godon (*quantum mutatus*) m'ayant fait observer que je porterais ainsi un préjudice moral à l'Ecole de la rue Richer, je prévenais le jour même la direction de l'Ecole de la rue de l'Abbaye qu'elle n'ait pas à compter sur mon concours.

Les choses se sont passées de la même façon, je crois, pour le Dr Gérard. Ni lui ni moi ne pouvons donc être considérés comme ayant abandonné à un moment quelconque l'Ecole de la rue Richer pour enseigner à celle de la rue de l'Abbaye.

Vous seriez bien aimable de faire une petite rectification dans une des prochaines séances de l'Association générale des Dentistes de France.

Je profite de cette circonstance pour adresser, par votre intermédiaire, à l'ancienne école de la rue Richer tous mes vœux pour qu'elle sorte triomphante de la crise imméritée qu'elle traverse en ce moment.

Agréez, je vous prie, mon cher Thomas, avec tous mes remerciements, l'assurance de mes dévoués sentiments.

Signé : Dr G. DENY.

M. Touchard. — Au reçu du *mémorandum* le Dr Deny adressa cette lettre au Dr Thomas, avec prière de la faire insérer dans l'*Odontologie* ; comme elle devait être lue auparavant en assemblée générale, elle n'a pas été publiée.

2° Une lettre de M. Schwartz, de Nîmes.

CABINET DE E. SCHWARTZ à Nîmes (Gard)

Nîmes, le 23 novembre 1892.

A Monsieur Lecaudey, Directeur de l'Ecole Dentaire de Paris.

Mon cher Directeur,

J'ai l'honneur de vous adresser ci-jointe une proposition que beaucoup de mes confrères désireraient voir adopter; cela serait très profitable pour beaucoup d'entre nous qui ne pouvons pas nous déranger souvent et les séances dont je propose l'institution seraient certainement suivies.

Si le Conseil de Direction statuait sur cette proposition, elle pourrait être soumise à l'assemblée générale de samedi.

J'ai le regret de ne pouvoir me rendre à cette réunion et vous prie d'en exprimer mes regrets à l'assemblée.

Agréez, je vous prie, mon cher Directeur, mes respectueuses salutations.

Signé : SCHWARTZ, D. E. D. P.

Les membres de l'Association genérale des dentistes français habitant la province, ne peuvent que rarement assister aux démonstrations des travaux nouveaux, tant en ce qui concerne les Travaux originaux publiés dans l'*Odontologie* que ceux mis à l'étude.

Les membres de la même Association qui se rendent à l'Ecole dentaire ne peuvent pas se mettre au courant de tout ou partie de ces travaux sans y passer plusieurs jours.

Considérant qu'une démonstration est supérieure à tout exposé écrit; dans le but de vulgariser tous les genres et modes opératoires mis en usage à l'Ecole dentaire; enfin pour resserrer les liens confraternels entre les dentistes de Paris et ceux de province, je vous prie, Monsieur le Directeur, de soumettre au Conseil d'administration la proposition suivante :

PROPOSITION

Il est institué à l'Ecole dentaire de Paris deux séances de 2 journées, auxquelles seront invités MM. les membres de l'Association générale des dentistes de France et les diplômés de l'Ecole habitant la province. Ces séances seront consacrées à des démonstrations pratiques de tous travaux nouveaux et spéciaux, faites par MM. les professeurs de l'Ecole.

Elles auront lieu. (Pour fixer l'époque, il conviendrait de demander l'avis des intéressés et se conformer à l'opinion de la majorité. Ces deux journées devront se suivre.)

M. Tuseau. — Cette proposition ne nous étant parvenue qu'hier n'a pas pu être soumise au Conseil. Il l'examinera et vous la présentera plus tard, s'il y a lieu.

3° Une lettre de M. Richer, de Vernon, ainsi conçue :

Vernon, 24 novembre 1892.

Monsieur et cher confrère,

Je viens vous informer que je ne me rendrai pas à l'assemblée générale qui aura lieu samedi prochain. Qu'irais-je faire à cette réunion puisque le droit de vote a été retiré aux membres de l'Association habitant la province par le décret reconnaissant d'utilité publique l'Ecole et le Dispensaire ?

Je viens donc protester contre cette exclusion, que rien ne justifie, en exprimant le vœu que le Conseil de Direction fasse les démarches nécessaires pour obtenir que le gouvernement revienne sur une décision qui nous frappe si injustement et d'autant plus fâcheuse que, si elle est maintenue, elle ne pourra que diviser les membres d'une association qui a encore besoin du concours de tous pour maintenir une prospérité dont une part nous revient, à ce qu'il me semble, car si nous n'avons pas payé de notre personne, nous avons ouvert notre bourse. Prenez garde qu'elle ne se ferme et n'oubliez pas que nous sommes 113 de la province.

Veuiller agréez, monsieur et cher confrère, l'assurance de mes sentiments de bonne confraternité, ainsi que mes salutations.

Signé : L. Richer.

M. Tusseau communique également les lettres de *MM. Berthaux*, de Soissons, *Heymen-Billard, Swaycarski* et *Roy*, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

M. Lecaudey. — La parole est à M. le secrétaire général pour la lecture de son rapport.

M. Tusseau donne lecture de ce document (inséré dans le n° de décembre 1892).

M. Lecaudey. — Quelqu'un a-t-il des observations à présenter?

M. Godon. — Je désire présenter une observation sur un seul point d'intérêt général, car les questions personnelles qui nous touchent seront traitées en dehors de cette enceinte et à un autre moment. Je veux faire un petit reproche au Conseil de Direction : la convocation tardive de cette assemblée générale. Légalement, le lendemain de la notification du décret de reconnaissance d'utilité publique, le Conseil de Direction devait le convoquer et se démettre de ses pouvoirs, parce que le Conseil de la Société civile avait été nommé par un autre collège électoral, différent de celui de la nouvelle Société. Les anciennes assemblées générales comprenaient, en effet, les dentistes de province et la nouvelle ne compte que ceux du département de la Seine. Il est évident que le nouveau Conseil de Direction pourra recommencer les mêmes actes, mais alors ils seront réguliers, tandis que ceux faits depuis la notification précitée jusqu'ici ne le sont pas. Je regrette donc que l'ancien Conseil n'ait pas remis ses pouvoirs à un autre, qui aurait été le même très probablement, mais la chose eût été plus régulière.

Je regrette également que la situation financière exacte n'ait pas été établie au 19 février 1892, date du décret, de façon à ce que la distinction entre les deux sociétés au point de vue financier fût bien marquée. Il fallait arrêter à cette date toutes les dépenses et toutes les recettes pour repartir d'une situation bien nette.

De plus, le règlement intérieur que vous vouliez nous soumettre aujourd'hui aurait dû être présenté par le nouveau Conseil, tandis qu'il se trouve être l'œuvre de l'ancien.

M. Gillard. — En ce qui concerne la réunion tardive de l'assemblée générale, M. Godon semble ignorer qu'il y a eu, le 31 mai, une assemblée générale, qu'il y a été lu un rapport du secrétaire général, qui a été approuvé, et que ce rapport contient un passage portant qu'une assemblée générale serait convoquée fin septembre ou au commencement d'octobre. Or, nous ne sommes pas bien loin de cette époque et si nous ne vous avons pas réunis en octobre, c'est que nous avions trop à faire à ce moment avec nos concours.

M. Chauvin. — Je me trouvais absent tout à l heure quand on a adopté le procès-verbal du 31 mai, sans cela j'aurais dit que j'ai écrit depuis un certain temps au secrétaire de la rédaction de l'*Odontologie*,

M. Touchard, une lettre de rectification à ce procès-verbal, avec prière de la publier. Pourquoi ne l'a-t-il pas fait ?

M. Touchard. — Je n'ai pas cru devoir insérer cette lettre, non plus que celle du Dr Deny, parce que le Secrétaire du journal n'a pas qualité pour apporter des rectifications aux procès-verbaux de l'Association. J'ai remis cette lettre à M. Tusseau.

M. Tusseau. — Alors la protestation collective de M. Papot devient nulle ?

M. Chauvin. — Non, car ma rectification est distincte de la sienne.

M. Tusseau. — J'ai donné connaissance au Conseil de la lettre de M. Chauvin et de celle de M. Papot. Il a été décidé qu'aucune modification ne serait faite au procès-verbal et qu'il y avait lieu d'attendre une assemblée générale pour que ces messieurs présentent leurs observations.

M. Dubois. — J'ai quelques mots à dire en réponse aux explications de M. Gillard.

M. Gillard invoque des difficultés matérielles, des concours, le manque de temps, pour excuser la convocation tardive de l'assemblée générale et la constitution régulière de la Société. Mais ces considérations secondaires n'ont rien à faire au point de vue du droit. Puisque la reconnaissance d'utilité publique a apporté une modification essentielle à notre organisation, il était nécessaire que les pouvoirs fussent en harmonie avec la constitution. Le Conseil a manqué aux statuts, a méconnu la situation résultant de la reconnaissance d'utilité publique en ne convoquant pas plus tôt l'assemblée générale et, sur ce point, je tiens à appuyer la protestation de M. Godon.

M. Touchard. — M. Dubois dit avec raison que nous aurions dû nous réunir plus tôt ; mais si nous avons reculé la date des élections, c'est parce que nous avons consulté les électeurs qui nous y ont autorisés. Etes-vous bien sûrs d'ailleurs que le Ministre de l'Intérieur et le préfet de la Seine trouveront extrordinaire qu'une Société qui a rencontré tant de difficultés à vaincre a eu tort de ne pas se constituer plus tôt ? Je suis convaincu que, si vous en aviez été persuadés, vous l'auriez prouvé depuis longtemps.

M. Lecaudey. — La parole est à M. le trésorier pour la lecture de son rapport.

M. Viau, trésorier, donne lecture de ce document.

Rapport de M. Viau

Trésorier.

Messieurs et chers confrères,

La société civile de l'Ecole et Hôpital dentaires libres de Paris, ayant été reconnue d'utilité publique par décret en date du 19 février 1892, les nouveaux statuts adoptés par le ministre de l'intérieur nous imposent l'obligation, en ce qui concerne le côté financier, que la caisse de l'Ecole soit tout à fait distincte de celle de l'Association. A cet effet, à la dernière assemblée générale du 31 mai, sur la proposition qui vous en a été faite, vous avez décidé qu'à l'avenir la réunion de la société civile aurait lieu en octobre et celle de l'Association générale en janvier comme par le passé.

C'est donc un rapport financier de l'année scolaire écoulée (du 1er octobre 1891 au 3) septembre 1892) que j'ai l'honneur de vous présenter.

L'état des recettes et dépenses que vous avez en mains est scindé

en deux parties, parce que les chiffres du 4e trimestre 1891 ont déjà été approuvés par l'assemblée générale de janvier 1892. Comme vous pouvez en juger, les recettes des neuf premiers mois de 1892 sont à peine de 1600 francs par mois, tandis que les dépenses s'élèvent à près de 4000 fr., cela parce que dans les chiffres qui vous étaient présentés chaque année, en janvier, était déjà comprise la presque totalité des inscriptions dues par les élèves pour leur année en cours. Cela tient à ce que, dès la réouverture, les élèves sont tenus d'assurer le règlement entier de leurs inscriptions ; leurs engagements sont faits à l'aide de billets à ordre qui, aussitôt signés, sont portés sur le livre de caisse de la Société, et figurent comme espèces ; ces passages d'écritures ayant lieu en novembre et décembre, cela vous explique qu'il existait toujours une somme très élevée en caisse au 1er janvier de chaque année, de sorte que les mois suivants il y avait peu de rentrées à opérer et par contre beaucoup de dépenses à régler.

Ceci n'est point une critique, mais une explication que j'ai cru nécessaire de vous donner, afin que les chiffres que vous avez sous les yeux vous soient compréhensibles comparativement à ceux des rapports précédents.

Le 4e trimestre 1891 nous donnait :

Recettes	35.495 fr.	71
Dépenses	10.980	85
Soit un excédent de recettes de	24.514	86

Les 1er, 2e, 3e trimestres 1892 :

Recettes	14.791 fr.	95
Dépenses	34.848	07
Soit un excédent de dépenses de	20.056	12

Le résumé de l'année scolaire donne un total de :

Recettes	50.287 fr.	66
Dépenses	45.828	92
Soit un excédent de recettes de	4.458	74

Si du chiffre des dépenses nous déduisons, et c'est notre droit, une somme de 5.000 fr. qui aurait dû être réglée par les budgets précédents, nous arrivons à avoir réalisé un excédent de recettes de près de 10.000 fr.

L'encaisse effectif de la société civile, au 1er octobre 1892, était ainsi décomposé :

Encaisse de l'Ecole	14.213 fr.	64
Fonds de réserve	8.566	95
Avances de loyer	3.750	»»
— de gaz	356	10
Ensemble	26.886.	69

Le bilan se décompose ainsi :

Actif.

Dû par divers pour inscriptions	10.792 fr.	30
Matériel et mobilier	13.043	10
Bibliothèque	3.220	75

Musée..........................	1.500	»»
Dépôt à la Cie du gaz............	356	10
Loyer (avance de 6 mois)..........	3.750	»»
Fonds de réserve.................	8.566	95
Encaisse.......................	14.213	64
Passif.		
Créanciers pour dépôt...........	1.700	»»
Dû à divers.....................	56	»»

Comme totaux nous obtenons :

Actif..........................	55.442 fr.	84
Passif.........................	1.756	»»
Soit en faveur de la Société.......	53.686.	84

Il n'est pas question ici des créances en souffrance s'élevant à *trente-six mille francs* environ dont le rapport de M. Gillard faisait mention. La commission a adressé à chaque membre le détail de son compte, nous avons encaissé déjà une certaine somme de ces créances et rapport sera fait dès que la commission aura terminé son travail.

La Société, comme vous le voyez, est des plus prospères ; c'est un brillant résultat que nous sommes heureux de vous présenter pour une première année de gestion.

Je me félicite hautement d'être le trésorier d'une corporation qui a donné tant de preuves de bonne volonté et, en remerciant de leur concours les membres du Conseil de direction et le corps enseignant, je suis obligé de constater que des éloges doivent surtout vous être attribués, à vous tous, chers confrères, pour votre collaboration à une œuvre si profondément professionnelle et philanthropique. En particulier j'adresserai de bien vifs remerciements à notre économe, M. Lemerle, qui fut pour moi un collaborateur précieux ; grâce à son dévouement de chaque jour, nous avons pu faire un fort excédent d'économies, et cela en étudiant chaque dépense, et retranchant tout ce qui pourrait être superflu ; si nous avons augmenté les dépenses des cours, c'est afin de donner aux élèves tous les éléments nécessaires à leur instruction.

M. Godon. — A quelle date avez-vous établi le bilan ?

M. Viau. — Fin septembre.

M. Godon. — Eh bien, comme je le disais tout à l'heure, il doit être établi au 19 février 1892. La Société précédente et la Société actuelle sont bien la suite l'une de l'autre, mais elles n'ont pas la même existence légale. Il y a deux périodes distinctes : pendant la première notre Société était une Société préparatoire, et maintenant c'est une Société régulièrement organisée.

M. Viau. — Je ferai à M. Godon la même réponse que MM. Gillard et Touchard et j'ajouterai que la notification du décret du 19 février n'a paru à l'*Officiel* que longtemps après ; sur la communication qui nous en a été faite, nous avons convoqué aussitôt qu'il a été possible une assemblée générale, celle du 31 mai dernier, laquelle a renouvelé nos pouvoirs jusqu'à ce jour. Quant à l'arrêt de compte que demande M. Godon c'est une situation bien facile à établir.

Le Conseil de Direction a jugé plus important de vous présenter une

autre modification, qui n'est pas de pure forme, celle-là, c'est de vous soumettre un état de comptabilité de l'année scolaire, tandis que jusqu'ici on vous avait mis entre les mains des comptes à cheval sur deux exercices. Dorénavant, le Conseil de Direction devant être élu à l'ouverture de chaque année scolaire, il aura à rendre les comptes de l'année à venir.

Dans le compte qui est sous vos yeux en ce moment il y a déjà un trimestre dont la gestion financière est approuvée, le 4° trimestre de 1891 ; il ne vous reste donc à approuver que les premiers trimestres de 1892.

M. Godon. — Ce que vous avez fait pour le 4e trimestre de 1891 est bien fait ; mais il aurait dû être fait un bilan à la fin du 4e trimestre ou mieux au lendemain du décret de reconnaissance d'utilité publique.

M. Viau. — A titre de renseignement.

M. Vacher. — Quelle en est l'utilité ?

M. Godon. — Ce sera régulier.

M. Tusseau. — La remarque de M. Godon est fort juste. La comptabilité doit être arrêtée au 19 février et de nouveaux comptes ouverts pour les deux sociétés à partir de cette date.

M. Godon. — Tous les autres livres doivent être clos à cette date. Quant à votre changement de la date des élections et à sa fixation en octobre, je me propose de vous présenter des observations à cet égard. On revient à une vieille expérience que nous avons déjà faite autrefois pendant plusieurs années et à laquelle nous avons déjà dû renoncer.

M. Viau. — Je prie l'assemblée de vouloir bien approuver les comptes que je viens d'avoir l'honneur de lui présenter.

Le rapport du Trésorier est mis aux voix et adopté.

Le projet de budget est également mis aux voix et adopté.

M. Lecaudey. — La parole est à M. Gillard pour la lecture de son rapport.

M. Gillard donne lecture de ce document.

Rapport de M. Gillard

Directeur adjoint.

Messieurs,

Les rapports de M. le secrétaire général et de M. le trésorier que vous venez d'entendre ont dû vous édifier sur la situation de notre Société au point de vue matériel, financier et moral.

Vous avez vu que, cette année, un grand nombre d'élèves nouveaux se sont déjà fait inscrire, leur nombre grossira encore car c'est généralement dans le dernier mois que les demandes sont plus nombreuses.

Le rapport de M. le trésorier se solde par un excédent de 4.458 francs et pourtant la gestion actuelle a eu à payer 4.900 francs de dettes antérieures.

Mais, en dehors de ces considérations, il s'est passé au cours de l'année des faits d'administration graves, que vous avez le droit de connaître et qu'il est de notre devoir de vous exposer en quelques mots.

Votre dernière réunion électorale, de bruyante mémoire, a été un coup de foudre; il vous sembla bon de ne point laisser au pouvoir des personnes à qui, certes, nous devons beaucoup et qui longtemps l'avaient détenu. Ce n'est point à nous, vos élus, d'apprécier votre conduite, mais c'est à nous de vous exposer la nôtre pendant le courant de l'année.

Peu de temps après les élections, la fameuse reconnaissance d'utilité publique a été accordée ; cette reconnaissance, qui donne à notre société la personnalité civile, nécessitait dans l'administration de profondes modifications qui vous ont été exposées dans un rapport présenté par M. Tusseau à l'assemblée générale du 31 mai dernier.

Ce rapport vous indiquait comme nécessaire la division de l'association en deux groupes :

1°		2°	
	Ecole.		Association générale.
	Société d'Odontologie.		Journal l'*Odontologie*.
	Bibliothèque.		Syndicat.
	Musée.		Caisse de prévoyance.

Il disait enfin qu'un Conseil de direction de l'Ecole devait être nommé et proposait comme date de cette élection fin septembre ou octobre dernier.

Ce rapport a été adopté dans son entier.

Le Conseil a continué comme tous les précédents à gérer et les affaires de l'Ecole et celles de l'Association générale. Cela s'était toujours fait, même depuis la transformation de l'Ecole en société civile, même depuis l'adoption des statuts actuels faits au point de vue de l'obtention de la reconnaissance.

Aujourd'hui que cette reconnaissance d'utilité publique est un fait acquis, les statuts doivent être appliqués; c'est pourquoi les membres titulaires seuls (art. 14), c'est-à-dire les membres du département de la Seine (art. 2), auront à élire tout à l'heure 20 membres pour le Conseil de direction (art. 3).

La loi sur l'exercice de la médecine qui englobe notre profession a été votée au cours des discussions aux deux Chambres; de nombreuses démarches ont obtenu d'assez larges modifications au projet primitif.

Mardi dernier le Sénat adoptait le texte définitif. Déjà nous avons commencé des démarches afin de chercher à faire admettre dans le règlement prévu par l'art. 30 des exceptions au profit de nos diplômés et des anciens dentistes bénéficiant des clauses transitoires.

Dans tous nos travaux nous avons presque constamment rencontré une sourde hostilité de la part de quelques-uns de nos prédécesseurs.

Lorsqu'il s'est agi de l'examen des écritures qui avait été voté par le Conseil, les personnes à même de nous fournir des explications et à qui on les demandait nous les ont refusées; de là nécessité de vous faire connaître dans le rapport de la commission des finances les obscurités qui avaient été relevées.

Lorsque nous ne demandions plus d'explications, on a voulu nous en inonder; de là un fameux contre-rapport qui ne détruit rien, car s'il cherche à expliquer quelque chose, c'est donc que ce quelque chose d'obscur existe.

Un service de clinique ayant été longtemps en souffrance, le Conseil a jugé utile de le modifier. Cette mesure, pour laquelle il y avait eu un précédent même plus grave, a causé une telle mauvaise humeur que des poursuites en police correctionnelle ont été inten-

tées et sont en cours contre le gérant de votre journal qui a publié la délibération du Conseil.

Un fait plus grave s'est produit : le journal de l'Association, par suite de vos derniers votes, est passé en d'autres mains ; il n'a pas même cessé un mois de paraître et sa gestion nouvelle a été tellement prospère qu'elle permet de verser à la caisse de l'Association une somme assez ronde de bénéfices. C'est la première fois que ce résultat a été obtenu, puisqu'avant le journal était affermé et non fait bénévolement.

Cette ressource, la prospérité de votre journal ont été menacées, et par qui ? Par des membres mêmes de l'Association. Cela vous paraît impossible. Vous pensez certainement que, dans une association, tous les membres doivent collaborer à sa prospérité et non à sa perte; c'est pourtant ce que ne semble pas penser un groupe de mécontents, ceux précisément que vos derniers votes n'ont pas favorisés.

Deux chefs de clinique et six professeurs ont jugé convenable de créer un nouveau journal et de le présenter ainsi :

Après cinq mois d'interruption nous reprenons l'œuvre commencée en 1881 et poursuivie jusqu'à ces derniers temps dans l'*Odontologie.*

La même direction, les mêmes collaborateurs se retrouvent unis pour..... etc.

Vous devez bien penser qu'ainsi présenté par son ancien gérant et par des professeurs de l'Ecole le journal devait fatalement faire naître une équivoque dans l'esprit des lecteurs ; il se plaçait absolument comme faisant suite à l'*Odontologie*, car, j'insiste sur ce point, c'est la forme sous laquelle ce journal a été présenté plutôt que la publication elle-même qu'il faut envisager, bien que pourtant elle soit absolument contraire à nos statuts.

Nous, vos élus, chargés par vous des intérêts de la Société, pouvions-nous laisser se produire un tel fait sans rien dire? Evidemment non.

Un premier avis fut adressé à tous les intéressés le 20 juillet et non le 30, comme on l'a publié.

Ce premier avis a reçu une réponse qui ne donnait pas satisfaction.

Un deuxième avis, sous forme de mémorandum, a été adressé à nouveau ; nouvelle réponse, précédée d'une protestation, mais toujours refus d'accepter les conditions du Conseil.

En conséquence, le Conseil, dans sa séance du 2 août, a adopté les conclusions du mémorandum et considéré les intéressés comme démissionnaires ; ce ne sont pas là des révocations comme on l'a imprimé en gros caractères.

Une seule révocation a été prononcée. Voici à la suite de quel incident : pendant que le Conseil prenait la décision que je viens de vous dire, un des professeurs visés écrivait à notre directeur la lettre suivante :

Paris, 30 juillet 1892.

Monsieur le Directeur,

Je viens de recevoir un long factum émanant de l'administration de l'Ecole dentaire. Je n'aurais certainement pas daigné répondre aux perfidies et aux platitudes qu'il exprime, si votre nom ne s'y trouvait adroi-

tement mêlé. Il est naturel, du reste, que ces gens cherchent à établir entre vous et eux une complète solidarité; vous êtes le pavillon bienheureux qui recouvre une marchandise qui n'est même pas douteuse.

Je ne sais, Monsieur le Directeur, si vous ne trouvez pas, comme moi, qu'il faut un cynisme à la hauteur de toutes les tâches (on peut donner à ce dernier mot la signification que l'on désire) pour parler ainsi qu'on l'a fait de l'incident financier.

Avoir crié partout qu'on avait en mains des choses extraordinaires, que nous allions être écrasés, qu'il était temps vraiment qu'on portât le balai dans nos écuries d'Augias, pour terminer par une déclaration qui, pour être piteuse, n'en est pas moins remplie de désinvolture ; c'est très fort.

Quoi qu'il en soit, j'ai toujours été habitué à vous considérer, Monsieur le Directeur, comme l'expression de la loyauté et je vous demande si, après avoir examiné ce qui se fait partout, en France, pour la médecine, en Amérique et ailleurs pour notre profession; si, dis-je, trouvant qu'aucun terrain de conciliation n'est acceptable entre certaines personnes et nous, nous n'avons pas le droit de croire que notre rôle n'est pas terminé. Un journal est un terrain en dehors et au-dessus des écoles et des associations. La profession ne peut que gagner à une concurrence scientifique sérieuse, le dernier numéro de l'*Odontologie* en est la preuve.

Depuis que nous avons été chassés du Conseil de la société, nous avons eu à subir maintes grossières vexations : je n'ai donc pas lieu de m'étonner de la brutalité et de la grossièreté de cette dernière, elle se comprend d'autant mieux, qu'il s'agit pour ceux qui nous la font subir de ce qui les *intéresse* (*sic*) le plus en ce bas monde « l'assiette au beurre ».

Un homme dont la compétence et l'intégrité ont été bien souvent mises à contribution, a trouvé que notre création était absolument compatible avec notre droit, même avec notre droit de professeurs à l'Ecole, j'ai nommé M. Thomas. Cela pourrait être un argument en notre faveur; mais certaines gens s'embarrassent bien de tout cela ; une occasion ne se retrouverait peut-être pas pour pouvoir commencer la curée et cependant le temps presse, les dents sont longues et il y a peut-être un intérêt majeur à être professeur à l'Ecole au bon moment; l'occasion, la bienheureuse occasion est venue à temps.

Est-ce trop vous demander, Monsieur le Directeur, que de me confirmer une chose, qui n'a jamais pour moi fait l'ombre d'un doute, c'est que vous n'êtes pour rien dans ces odieuses mesures? Par ce temps d'écœurements on est heureux de rencontrer un homme dont la conscience est assez droite, pour que sa conduite soit la même vis-à-vis de ses amis et vis-à-vis de ceux qui ne pensent pas comme lui.

Quand (*sic*) au reste, cela m'est complètement indifférent, individuellement je ne daignerai jamais répondre à ce que ce groupe pourra faire.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'assurance de mon profond respect.

RICHARD-CHAUVIN.

A cette longue et charmante lettre, M. le Directeur a répondu en quelques lignes :

Paris, 5 août 1892,

Mon cher Professeur,

Je ne veux pas qualifier les termes de votre lettre à l'égard des membres du conseil, je leur laisse ce soin.

Je vous dirai seulement qu'il est pénible d'être obligé de se séparer d'amis anciens, qui, après avoir fondé une école, après avoir contribué

de tous leurs efforts à son développement, arrivent par je ne sais quel aveuglement à vouloir porter atteinte à son existence.

Je ne puis donc dans ces conditions que donner la plus complète approbation au mémorandum *rédigé par l'honorable docteur Thomas.*

Agréez..... etc.

LECAUDEY.

Cette lettre parvenue au Conseil après le 2 août n'a été lue qu'à la séance suivante et c'est seulement à cette séance que le signataire a été révoqué.

N'allez pas croire que ces procédés aient suffi; les 7 membres considérés comme démissionnaires et le révoqué ont intenté aux membres du Conseil présents à la séance du 2 août un procès civil pour faire annuler la décision prise contre eux.

Ils avaient même cherché à empêcher les différents concours qui ont eu lieu le mois dernier. Dans ce but nous avions été assignés en référé ; mais ils ont été purement et simplement déboutés de leur demande.

Vous voyez que ces messieurs sont admirateurs de Thémis sous toutes ses formes.

Telle est, messieurs, la situation où nous sommes aujourd'hui.

Malgré la mauvaise volonté que nous avons rencontrée, malgré les embarras que l'on nous a suscités, malgré les ennuis que l'on a cherché à créer, nous croyons avoir agi dans les intérêts seuls de la société.

Nous venons, avant de passer à la nomination du conseil de l'Ecole, vous demander si la conduite de vos élus a oui ou non votre approbation.

Et, dans le cas de l'affirmative, nous vous proposons l'ordre du jour suivant :

Les membres titulaires de la société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, réunis en assemblée générale le 26 novembre 1892, après avoir entendu les explications du conseil de Direction actuel, déclarent approuver sa conduite en tant que Conseil de direction de la Société civile et adopter entièrement les mesures qu'il a prises en cette qualité.

M. Chauvin. — Je m'étonne que M. Gillard, après avoir lu en séance une lettre que j'ai adressée au directeur, n'en lise pas une autre que je lui ai également adressée.

M. Lecaudey. — Il y en a une autre ? De quelle époque ?

M. Chauvin. — Quelques jours après la lettre que j'ai reçue de vous.

M. Lecaudey. — Elle ne m'est point parvenue.

M. Tusseau. — Je n'en ai jamais eu connaissance.

M. Gillard. — Moi non plus.

M. Dubois. — Vous avez appris par une publication que nous ne fuyons pas la discussion et vous pouvez être assurés que nous répondrons en temps opportun à MM. Tusseau et Gillard.

Aujourd'hui, comme nous sommes venus ici avec la ferme intention de ne soulever aucune question personnelle, nous ne répondrons pas aux attaques contenues dans leurs rapports. Toutefois, à propos de la lettre de M. Chauvin, sans sortir de cette réserve et en ne faisant rien pour passionner le débat, il est permis de dire qu'on peut trouver dans

cet écrit la lettre d'un adversaire, mais rien ne justifie la révocation dont il a été l'objet. Si vous prenez les attaques personnelles qui vous sont adressées comme des attaques à la Société, vous vous méprenez profondément. Quand M. Chauvin dit à quelques membres de la Société tout ce qu'il pense d'eux, c'est mal juger que de le frapper ; c'est, je suis bien obligé de me servir de ce mot, c'est user du droit du plus fort que de recourir à la révocation dans ce cas. Quant aux autres membres du corps enseignant, vous dites qu'ils n'ont pas été révoqués ; pour moi je n'y vois pas de différence. Dire à des collègues qu'il faut qu'ils donnent leur démission et, s'ils ne le font pas, les considérer comme démissionnaires, c'est une révocation déguisée, sauf le mot, sauf le nom.

Puisqu'on a parlé de papier timbré, il est bon de rappeler qu'on a publié dans un journal indépendant le premier papier timbré adressé aux professeurs qu'on privait de leurs fonctions. Nous nous sommes trouvés dans l'obligation de répondre par les mêmes moyens. Il n'y a pas d'autre ressource de faire trancher un différend que de faire appel à la justice du pays.

M. Viau. — Il y a une usurpation de titres.

M. Dubois. — C'est votre avis, à vous, mais je puis bien opposer une affirmation à une autre affirmation et, comme il y a au-dessus l'opinion publique et la justice, il faut bien s'adresser à elles.

M. Bonnard. — Même aux juges des référés.

M. Dubois. — J'use d'un droit en ne répondant pas ici et je crois même faire une bonne œuvre en ne donnant pas prétexte au renouvellement des scènes regrettables auxquelles nous avons assisté.

Quand je pense que nous avons vu le Dr David blâmé par *l'unanimité* des membres présents — et l'unanimité, vous ne l'obtiendrez pas ce soir — et que nous l'avons vu, par la suite, sur l'estrade le jour de la réouverture des cours, j'ai bien raison de ne pas me fier aux majorités. Nous attendrons donc que vous soyez revenus à d'autres sentiments et que les tribunaux aient tranché le différend et jusque-là nous garderons la réserve et la dignité dont nous ne voulons pas nous départir.

M. Touchard. — Je regrette que ces Messieurs ne donnent pas d'explications sur leur conduite et se drapent dans leur dignité. Croyez-vous par hasard que l'opinion ne suit pas toujours vos actes ? Est-ce que vous n'avez pas changé d'avis, vous aussi ? Vous avez rompu de belles lances en faveur de la liberté et j'ai toujours souvenance d'une certaine assemblée qui eut lieu rue de l'Abbaye. M. Vacher, ici présent, crut devoir faire intervenir les avantages que les dentistes retireraient d'une instruction plus complète ; M. Dubois, dans une improvisation très éloquente, s'efforça de démontrer l'inanité de cette prétention : il n'est pas nécessaire, suivant lui, d'être instruit pour être dentiste. Ce jour-là, l'assemblée fit chorus avec lui. Je ne voulus rien dire, moi, un nouveau venu, presque un intrus, et je sortis en silence.

S'est-on assez moqué de nous quand nous avons parlé de réglementation, quand nous faisions des promesses ! On traitait de bénisseur la personnalité qui me promettait des avantages que nous avons obtenus d'ailleurs, car si j'ai toujours tenu secret que c'est au Conseil de Direction actuel que nos confrères doivent tous les avantages de la loi, il est enfin nécessaire de le dire aujourd'hui. « Que ferez-vous au Conseil supérieur de l'Instruction publique ? » me demandait-on. Eh bien, ceux-là mêmes qui nous accusaient de chercher le petit bouton du mandarinat, ceux-là mêmes qui riaient de nous et voulaient nous embarrasser, ont passé tout récemment à la Sorbonne l'examen du certificat de grammaire pour commencer leurs études médicales ! Voilà une contradiction

dont je voudrais bien avoir l'explication. Je sais bien qu'on va me répondre : « Nous ne voulons pas bénéficier des dispositions transitoires de la loi, nous voulons passer par dessus et faire de la médecine. » Si vous vous contentez de cette explication, pour moi elle ne me satisfait pas.

M. Godon. — M. Touchard me demande pourquoi nous venons de subir les examens et de prendre nos inscriptions à l'Ecole de médecine, et si cela n'est pas contraire aux idées que j'ai défendues sur la liberté d'exercice de l'art dentaire. Je répondrai à M. Touchard que j'ai le droit d'occuper mes loisirs, — ceux que vous m'avez créés, — comme je l'entends. Je les emploie à augmenter mes connaissances en médecine parce que tel est mon plaisir.

J'ajouterai que je ne crois pas que cela soit contraire à mes opinions sur la liberté d'exercice de notre profession. En effet, j'ai réclamé pour les dentistes le droit d'apprendre librement leur profession, en dehors de toute intervention de l'Etat, parce que j'ai considéré, avec les docteurs Thomas, Isch-Wall, Faucher, etc., et je considère encore que l'Etat est incompétent pour former des dentistes ; vous le rconnaîtrez vous-mêmes plus tard, mais je n'ai pas, pour cela, été un défenseur de l'ignorance comme on voudrait l'insinuer, puisque je suis un des fondateurs de cette école et de son programme d'enseignement. Nous avons, au contraire, engagé nos confrères à s'instruire chacun suivant ses aptitudes et le temps dont il pouvait disposer.

Ce que je fais aujourd'hui me semble conforme à ce programme.

M. Dubois. — M. Touchard vient de dresser contre nous un supplément d'accusation. On a reproché à M. Chauvin de penser du Conseil de Direction moins de bien que ses membres n'en pensent eux-mêmes. Nous nous sommes permis de publier un journal d'art dentaire, maintenant on nous reproche d'aller à la Sorbonne passer des examens. C'est, en effet, un grand crime et vous comprendrez bien qu'après une pareille indignité nous ne pouvons pas être candidats pour les élections qui vont avoir lieu.

M. Viau. — MM. Godon et Dubois feignent de ne pas comprendre ce que vient de dire M. Touchard. Il n'a pas reproché à ces Messieurs d'avoir passé un examen leur permettant de prendre une première inscription dans le but de devenir officiers de santé. Bien au contraire, nous souhaitons tous voir leur exemple suivi. Mais nous avons été tout de même très étonnés de voir ces Messieurs, qui étaient depuis dix ans les apôtres prêchant l'inutilité de la recherche des grades en médecine et prétendant que l'instruction donnée à l'Ecole dentaire était la seule vraie, la seule nécessaire, changer à ce point.

Cette conduite nous prouve simplement que MM. Godon, Dubois et quelques autres, ayant cessé par la force des choses d'être les pontifes de leur petite chapelle, n'ont encore aujourd'hui d'autre préoccupation que de chercher à s'élever au-dessus de leurs confrères en essayant d'obtenir un grade qu'ils désapprouvaient et critiquaient autrefois les autres de rechercher. Cela nous édifie complètement.

M. Lecaudey. — L'incident est clos. Je vais mettre aux voix l'ordre du jour présenté par M. Gillard.

M. Gillard en donne lecture de nouveau et ajoute que le Conseil de Direction demande un vote par oui ou par non.

M. Blocman. — L'assemblée ne peut pas statuer à cet égard puisque le Conseil de Direction n'est peut-être pas constitué légalement.

M. Gillard. — Ce sera une nouvelle question que vous porterez encore devant les tribunaux.

M. Blocman. — Alors attendez leur décision et vous ne pourrez rien faire jusque-là.

M. Gillard. — Je rappelle que le vote ne peut être émis que par les membres titulaires habitant le département de la Seine.

M. Blocman. — Mais vous avez été nommés par d'autres membres !

Le scrutin sur l'ordre du jour est ouvert à 10 heures et clos à 10 h. 20.

M. Lecaudey. — Voici les résultats du scrutin :

Nombre des votants	86
Majorité absolue	44
Ont voté oui	65
— non	19
Bulletin blanc	1
— nul	1

L'ordre du jour est adopté.

M. Lecaudey. — Nous allons procéder aux élections de 20 membres du Conseil de Direction. Je dois vous déclarer, à ce propos, que mon état de santé m'a jusqu'ici fréquemment empêché d'assister aux séances du Conseil et que cette situation, jointe à l'état valétudinaire de mon frère, ne me permet pas de demeurer plus longtemps membre actif de la Société. Je décline donc la candidature pour des postes que je ne pourrais occuper, mais soyez assurés que je n'en resterai pas moins avec vous et que je continuerai à suivre avec intérêt vos progrès, vos travaux et votre vie intellectuelle, avec le même amour pour notre œuvre.

M. Pigis ne se représente pas non plus. Vous avez donc deux vides à combler. Je me permettrai, à ce sujet, de dire que ce serait un excellent choix que de porter vos voix sur M. Poinsot pour le faire entrer au Conseil (*Applaudissements*).

M. Gillard. — Je ne saurais laisser passer la démission de M. Lecaudey sans vous dire combien nous devons regretter de le voir cesser son rôle actif. Vous savez tous combien M. Lecaudey s'est toujours dévoué à notre institution, s'est toujours prodigué sans compter à notre association, qui lui doit une partie de sa réussite. Il a d'excellentes raisons pour ne pas nous continuer ses services, mais nous, nous ne pouvons que déplorer sa retraite. Je vous demanderai de lui exprimer hautement la reconnaissance que nous avons pour lui et les profonds regrets que nous éprouvons de sa détermination (*Applaudissements répétés et prolongés*).

M. Poinsot. — Je vous demanderai, de mon côté, de conférer à M. Lecaudey, en récompense de ses beaux et longs services, le double titre de *directeur honoraire* et de *président honoraire* (*Applaudissements*).

M. Poinsot remplace *M. Lecaudey* au fauteuil.

M. Poinsot. — Je mets aux voix ma proposition.

L'assemblée l'adopte à *l'unanimité*.

M. Lecaudey, reprenant la présidence. — Le scrutin est ouvert pour la nomination de 20 membres du Conseil de Direction de la Société civile.

Le scrutin est ouvert à 10 heures 1/2.

M. Poinsot, qui a remplacé M. Lecaudey à la présidence. — Voici les résutats du scrutin :

Nombre des votants	79
Majorité absolue	40

Ont obtenu :

MM.	Lemerle	70	MM.	Poinsot	68
	Paulme	70		Francis Jean	68
	Gillard	69		Viau	68
	Tusseau	69		Bertrand	68
	Billet	69		Billebault	68
	Horay	69		Bonnard	68
	Touchard	69		Gravollet	68
	Martinier	69		Löwenthal	67

MM. Barrié.................... 67
Denis.................... 67
Sauvez.................... 57
Quincerot.................... 52
D'Argent.................... 21
Pigis.................... 7
Arnold.................... 5
Godon.................... 3

MM. Dubois.................... 2
Meng.................... 2
Legret.................... 2
Blocman.................... 2
MM. Ronnet, Papot, Prével, Bioux et Frey, chacun 1 voix.
Bulletins blancs.................... 3

En conséquence, MM. Lemerle, Paulme, Gillard, Tusseau, Billet, Horay, Touchard, Martinier, Poinsot, Francis Jean, Viau, Bertrand, Billebault, Bonnard, Gravollet, Löwenthal, Barrié, Denis, Sauvez et Quincerot sont nommés membres du Conseil d'administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris pour deux ans.

M. Vacher. — Mon nom a été prononcé tout à l'heure à propos d'une séance mémorable dans laquelle j'avais formulé le vœu qu'on rappelait tout à l'heure. J'y avais également formulé une proposition que je vais vous renouveler aujourd'hui. Je voudrais qu'on trouvât un terrain d'entente qui permît aux membres des deux Sociétés d'Odontologie existant à Paris d'assister aux deux réunions et qui profitât ainsi à toutes les deux. Beaucoup de membres faisant partie de l'autre Société voudraient pareillement être de la vôtre, mais cela ne leur est pas possible, les deux réunions mensuelles ayant lieu le même jour. Je demande donc que les deux Sociétés changent chacune leur jour, de façon à faire chacune un pas vers l'autre. La dernière fois on s'en était remis au sort ; mais à ce moment une campagne menée par les membres dissidents fit avorter la combinaison. Je vous prie de nommer une commission pour faire aboutir cette idée, à la réussite de laquelle, en tant que Secrétaire de la Société de la rue de l'Abbaye, je vous promets d'employer tout mon zèle.

J'ajoute que je ne parle pas de fusion, que chaque Société conserverait son anatomie et que, seuls, les membres payant une cotisation à chaque Société profiteraient des deux réunions.

M. Poinsot. — Votre proposition sera étudiée avec intérêt.

Nous nous réunirons prochainement pour discuter le règlement intérieur.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
J. Tusseau.

UN VOLEUR SPÉCIALISTE

Le 29 novembre 1892, dans la matinée, un monsieur âgé d'environ 50 à 55 ans, grand, maigre, assez bien mis, ayant un léger accent étranger, se présentait chez M. L..., chirurgien-dentiste, boulevard de Clichy, et lui demandait s'il pourrait faire à sa femme pour le lendemain à quatre heures une pièce à succion afin de remplacer celle que ladite dame avait perdue et qui avait été payée 300 fr. en Amérique.

On devait partir le lendemain pour Bruxelles, il fallait se hâter. Il lui fut répondu qu'en prenant les mesures de suite la chose était possible. Le monsieur partit en demandant une carte, afin que madame pût venir, sans lui, dans quelques instants.

A peine était-il parti, que M. L..., autre dentiste du même boulevard, vint dire à notre confrère que le personnage que celui-ci venait de quitter était venu un instant auparavant, chez lui, lui faire la même proposition et qu'il l'avait vu lui dérober un miroir. Il demanda s'il n'en avait pas été fait autant dans cette dernière

visite ; il lui fut répondu négativement, le temps et l'occasion ayant, sans doute, manqué. M. L... partit précipitamment et fit arrêter l'individu que l'on trouva porteur de l'objet subtilisé chez notre confrère.

L'enquête établit qu'il s'était approprié quantité d'autres objets et instruments chez différents dentistes.

Le plus curieux, c'est que cet amateur a des raisons pour bien connaître les objets qu'il collectionnait à si bon compte, car avant *d'opérer* de la façon citée plus haut, il travaillait au cabinet de M. B..., chirurgien dentiste, chez lequel il était *opérateur* !

Ce qui ne l'est pas moins, c'est qu'il tenait une comptabilité fort en règle, en langue portugaise, des produits de ses soustractions.

Les juges de la police correctionnelle devant lesquels il a été amené ont mis un terme à ses exploits en le condamnant à deux mois de prison.

Ses *clients* ne s'en plaindront pas.

LE DENTISTE ET LA CLIENTE

Une enquête est ouverte sur les agissements d'un dentiste qui traitait ses clients d'une façon peu scrupuleuse. Il paraît avoir surtout exploité les Américains. Une jeune femme, Mme M..., se rendait en effet, il y a quelque temps, chez ce dentiste en renom du quartier du Palais-Royal, inventeur d'un nouveau système de greffe dentaire, et lui demandait de vouloir bien garnir sa bouche de jolies dents. « C'est facile, lui répondit le praticien, mais je dois vous prévenir que je ne puis faire cette opération à moins de 2,500 fr. — 2,500 fr. Soit, ce n'est rien, si cela doit me rendre la beauté ». — Marché conclu. Mme M... versa séance tenante les 2,500 francs et le dentiste commença son travail en posant, après une opération très douloureuse, une première dent qu'il maintint à l'aide d'un appareil en caoutchouc. Puis il recommanda à la cliente de revenir le lendemain, certain qu'il était de la réussite. Mme M... revint à l'heure dite, le dentiste retira l'appareil et Mme M..., après s'être rincé la bouche, cracha, cracha tant et tant que sa dent tomba... et ses illusions aussi. Mme M... offrit de laisser 500 fr. au dentiste et réclama la restitution de son argent ; celui-ci refusa, c'est pourquoi Mme M..., avec plusieurs autres clientes, auxquelles le dentiste n'avait pas fourni de dents, mais réclamé des honoraires plus qu'exagérés, a déposé une plainte contre cet arracheur de dents et d'argent. (*Le Progrès médical.*)

BIBLIOGRAPHIE

M. Schleier, élève de l'Ecole dentaire de Paris, nous envoie la communication suivante :

Il a paru dernièrement un livre de M. Berger, docteur en médecine de la faculté de Moscou, intitulé :

La nourriture animale (viande) *au point de vue du végétarianisme.*

L'auteur y prouve, à grands renforts de faits et d'après l'opinion de savants compétents, que la nourriture végétale est meilleure que la viande, laquelle est surtout nuisible aux dents.

Il cite, à titre d'exemple, le Mexique où les classes aisées consomment beaucoup de viande, deviennent malades et perdent bientôt leurs dents, tandis que les Indiens qui vivent parmi eux et qui se contentent d'une simple nourriture végétale se distinguent par leurs dents saines et belles.

M. Schleier croit qu'il serait intéressant d'étudier cette question et il demande aux professeurs de l'Ecole dentaire, ses maîtres, de vouloir bien donner leur avis en cette matière.

MM. J. B. Baillière et fils, libraires, 19 rue Hautefeuille, Paris, viennent de publier un nouveau catalogue d'ouvrages sur les *Maladies de la bouche et des dents*. Cette bibliographie spéciale, qui ne comprend pas moins de six cents titres d'ouvrages, sera très certainement appréciée de nos lecteurs qui n'auront qu'à en faire la demande à MM. J. B. Baillière et fils pour la recevoir gratis et franco.

NÉCROLOGIE

On annonce la mort du Dr Chevandier, décédé à Paris, le 10 janvier, à l'âge de 70 ans.

Il était né à Serres, en 1822, et, ses études médicales terminées, s'était établi à Die (Drôme) où il exerça longtemps. Nommé sous-préfet de cette ville après le 4 septembre 1870, il ne tarda pas à donner sa démission pour poser sa candidature à l'Assemblée nationale. Il fut élu le 7 juillet 1871 et, depuis cette époque, représenta toujours la Drôme dans les diverses Chambres des députés qui se sont succédé.

On connaît son rôle à l'occasion des divers projets de loi présentés sur l'exercice de la médecine ; il fut notamment rapporteur du projet promulgué dernièrement.

Il était entré au Sénat en août dernier.

Ses obsèques ont été purement civiles.

NOUVELLES

Nous apprenons avec plaisir la nomination de M. Hérault, D. E. D. P. comme dentiste du dispensaire du Xe arrondissement.

Dans sa séance du 10 janvier la société d'Odontologie de Paris a procédé au renouvellement de son bureau pour 1893. Ont été élus :

Président, M. Viau.

Vice-présidents, MM. Tusseau et Francis Jean.

Secrétaire général, M. Martinier.

Secrétaires des séances, MM. Frey et Sauvez.

Nous apprenons la publication d'un nouveau journal dentaire américain sous la direction de M. Louis Ottofy, de Chicago.

The Dental Tribune — tel est le titre de notre nouveau confrère — paraîtra chaque samedi et s'occupera spécialement du Congrès dentaire qui aura lieu dans cette ville en 1893. La continuation de la

publication à la fin de l'année est subordonnée aux circonstances. Nous adressons tous nos vœux de prospérité à *The Dental Tribune.*

Un collège dentaire pour dames sera prochainement ouvert à Stockholm, sous la présidence de la doctoresse Elena Lenin.

(*Dent. Rev.*)

Parmi les inventions les plus curieuses à la récente exposition de papier de Berlin, on remarquait une série de dents en papier confectionnées par un dentiste de Lubeck en 1878. Elles ont servi pendant plus de 13 ans d'une façon constante et ne présentent aucune trace d'usure. (*Dent. Rev.)*

CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO EN 1893

Dans une réunion du comité exécutif tenue le 22 octobre à Chicago il a été procédé à l'élection du bureau permanent du Congrès, qui est ainsi composé :

Président : L. D. Shepard, de Boston.

Vice-présidents :

W. W. H. Thackston, de Farmville.
A. L. Northrop, de New-York.
W. H. Morgan, de Nashville.
W. W. Allport, de Chicago.
W. O. Culp, de Davenport.
C. S. Stockton, de Newark.
Edwin T. Darby, de Philadelphie.
H. J. Mckellops, de Saint-Louis.
J. Taft, de Cincinnati.
J. H. Hatch, de San-Francisco.
J.-B. Patrick, de Charleston.
J. C. Storey, de Dallas.

Secrétaire général : A. W. Harlan, de Chicago.

Secrétaires-adjoints :

George J. Friedrichs, de la Nouvelle-Orléans.
Louis Ottofy, de Chicago.

Trésorier : John S. Marshall, de Chicago.

Nous avons omis, bien involontairement, de faire figurer le nom de M. Crignier parmi les signataires des lettres d'excuses qui nous ont été adressées à l'occasion de la séance de réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris. Nous réparons avec le plus grand plaisir cet oubli en présentant toutes nos excuses à notre honoré confrère. F. T.

AVIS

MM. les membres de l'Association qui n'ont pas encore versé le montant de leurs cotisations pour l'année 1892, sont priés de vouloir bien les adresser par mandat sur la poste à M. Paulme, trésorier 57, rue Rochechouart.

M. VICTOR LECAUDEY

L'École dentaire de Paris vient de se voir enlever un de ses fondateurs, M. Victor Lecaudey, mort à l'âge de 60 ans, après une carrière toute d'honneur et de labeur, qui peut servir d'exemple aux membres de la profession, à laquelle il appartenait depuis plus de trente ans.

Frère de l'ancien directeur de l'École si vénéré, il avait, comme lui, embrassé avec enthousiasme la cause du relèvement de l'art dentaire et de l'organisation de son enseignement en France et, à maintes reprises, il avait donné des preuves de l'intérêt qu'il lui portait.

Depuis longtemps déjà la maladie l'avait cloué sur un lit de douleurs et s'il n'apportait pas à l'École de coopération active, ses pensées se tournaient toujours vers elle et, la veille de sa mort encore, il n'oubliait point de comprendre la Caisse de prévoyance de l'Association générale au nombre de ses légataires. Le Musée compte plusieurs pièces dues à ses générosités, qui s'étaient traduites également sous d'autres formes.

Son nom doit rester dans les mémoires comme synonyme de probité et de dignité.

Nous adressons respectueusement à M. Emmanuel Lecaudey, si éprouvé par ce deuil, l'expression de nos regrets les plus sincères.

LE Dr LOUIS THOMAS

La mort vient une fois de plus de frapper un de ces coups terribles, inattendus, dont les conséquences ne se laissent point mesurer immédiatement, parce que la stupéfaction et la douleur qu'ils causent jettent l'esprit dans un anéantissement profond.

Le Dr Louis Thomas nous a été brusquement enlevé, sans maladie, sans malaise préliminaire pouvant faire prévoir sa fin, comme un arbre exubérant de sève qui tombe sous la cognée du bûcheron.

En pleine vie, en pleine force intellectuelle, à peine âgé de 47 ans, le Dr Thomas a été foudroyé, ne laissant à ses amis, à ses élèves, à ses admirateurs, que des regrets unanimes.

Ce n'est pas aujourd'hui où nous sommes tous en proie à

l'émotion la plus vive et à l'affliction la plus profonde que nous pouvons connaître l'étendue de cette perte et le vide qu'elle crée parmi nous. Nous ne pouvons pour l'instant que chercher à rassembler nos souvenirs et à nous rappeler ce que fut le Dr Thomas.

Il ne nous appartient pas d'examiner son rôle dans la science, en médecine et à la Faculté : ce cadre serait trop vaste et nous n'y suffirions pas. Mais nous avons le devoir de remémorer ce qu'il fit et ce qu'il fut pour notre art, pour notre profession et pour l'École dentaire de Paris, qui est aujourd'hui en deuil.

Lorsque le Cercle des dentistes de Paris fonda en 1880 cette institution, un des premiers concours qui s'offrirent spontanément à lui fut celui du Dr Thomas, qui demandait son admission comme professeur. Alors que tous regardaient d'un œil indifférent ou incrédule cette tentative nouvelle et hardie, le jeune docteur s'empressait de lui offrir ses services. Ils furent agréés, fort heureusement; mais personne ne connaissait alors la précieuse acquisition que la nouvelle institution venait de faire. Ce n'est pas seulement un professeur qu'elle accueillait ainsi pour le corps enseignant qu'elle avait à former, mais bien le créateur et l'organisateur compétent de son enseignement. Ce fut le docteur Thomas qui, avec sa science pédagogique profonde, fut le véritable rédacteur de son programme et qui eut ainsi le mérite de créer de toutes pièces les études dentaires en France pour la première fois.

Mais précisément, c'est là le côté admirable de l'intelligence si vaste et de l'esprit si judicieux du Dr Thomas. Complètement étranger à notre profession, qu'il ignorait absolument, il se livra, avec toute l'ardeur dont il était capable, à l'examen de ce qui existait ailleurs, de ce qui manquait chez nous et, en quelques mois, grâce à son étonnante faculté d'assimilation, il était si pénétré de ce qu'il y avait à faire et de la façon de le faire qu'il étonnait nos praticiens les plus expérimentés. Il en donna une preuve frappante dans la conférence inaugurale qu'il fit le 13 novembre 1880, à l'occasion de l'ouverture de la première année scolaire de l'École.

Cette conférence magistrale sur le *Passé de l'odontologie*, qui témoignait chez son auteur d'une largeur de vues et de connaissances rares, fut l'origine d'une ère nouvelle pour la dentisterie en France, et aujourd'hui encore, où nous la relisons après douze ans, nous ne saurions trouver, malgré le progrès, de meilleure histoire de la profession dans le passé et de meilleur programme pour l'avenir.

A partir de ce moment le Dr Thomas est resté constamment attaché à l'Ecole dentaire de Paris, lui consacrant toute la puissance de ses facultés : la lucidité de ses vues, la sagesse

de ses conseils, l'expérience de ses lumières, la vigueur de sa raison, la sûreté de son jugement, sa science inépuisable et sans limites, son érudition peu commune, sa bonhomie proverbiale, son aménité constante et son dévouement à toute épreuve. Infatigable quand il s'agit de cette œuvre à laquelle il se voue tout entier, il est à la fois au corps enseignant, au Conseil de Direction, à la bibliothèque, et il trouve le temps de publier dans l'*Odontologie* de fréquents articles, si appréciés de la littérature professionnelle qu'ils étaient immédiatement traduits par les journaux étrangers.

Dans toutes les phases qu'a traversées l'École, elle l'a toujours rencontré disposé à se sacrifier pour elle : les jours heureux, il partageait ses joies avec elle, et les jours tristes on allait lui demander conseil; il était le refuge vers lequel tous accouraient, l'homme qui avait toujours de bonnes paroles, le guide sûr qui voulait le bien et le progrès avant tout.

L'Ecole ne le reconnaîtra jamais assez, et si elle a essayé de le lui témoigner en 1890, à l'occasion de la conférence nouvelle qu'il fit, après un cycle de 10 ans, sur l'art dentaire en France, en lui offrant une médaille d'or, elle ne manquera pas de conserver à jamais son souvenir et de lui vouer un culte.

Louis Thomas est mort, mais il est sûr de vivre dans le cœur de tous ceux qui l'ont connu.

Le Conseil de Direction tout entier, auquel s'étaient joints le corps enseignant, tous les élèves, un grand nombre de dentistes diplômés et beaucoup de notabilités médicales et scientifiques, ont assisté à ses obsèques. On peut évaluer à plus de six cents le nombre des personnes qui ont tenu à rendre les derniers devoirs au Dr Thomas.

Le char funèbre était chargé de couronnes et de fleurs, offertes notamment par l'École dentaire de Paris, l'Association générale des dentistes de France, le corps enseignant, le Conseil de Direction, les élèves et un groupe d'amis de l'École dentaire de Paris.

Sur la tombe, M. Poinsot, directeur de l'École, a prononcé les paroles suivantes :

Messieurs,

Nous venons de conduire à sa dernière demeure celui qui fut le Dr Louis Thomas.

Dimanche dernier, il a été frappé subitement par la mort, alors que rien ne faisait prévoir ce malheur immense.

Sa famille éplorée ne revit plus qu'un corps sans vie, au lieu de l'homme qui venait de la quitter resplendissant de force et de santé.

Nous nous trouvons devant cette vérité brutale : la mort nous a ravi le Dr Louis Thomas.

Sa famille perd en lui le meilleur des soutiens, le plus délicat, le plus dévoué des parents.

Ses nombreux amis ne se consoleront jamais de sa perte, et son souvenir sera toujours présent à leur mémoire.

Le Dr Louis Thomas a tous les droits à l'immortalité, sa vie a été si bien remplie qu'elle peut servir de modèle à quiconque aspire à devenir un bienfaiteur de l'humanité; c'est de lui qu'on peut dire vraiment : il a passé en faisant le bien.

A tout moment de son existence, dans sa jeunesse comme dans l'âge mûr, on le trouve toujours s'utilisant pour le plus grand bien de tous.

Enfant, il fait le bonheur de ses parents, il sait se rendre digne d'affections sans bornes, à ce point que les derniers grands froids faisaient écrire, il y a quelques jours à peine, à une sœur aussi aimante qu'aimée : « Le temps qu'il fait en ce moment me rappelle, mon cher Louis, l'heureux temps de 1855, où enfant, je te portais à l'école pour te protéger de la neige et de son contact glacial. »

Je ne vous étonnerai pas en vous disant qu'il voyait par le cœur, qu'il aurait été désolé de faire de la peine à autrui; aussi le trouvons-nous toujours, qu'il soit élève, instituteur, étudiant en médecine ou maître répétiteur, faisant plus que le nécessaire pour remplir les devoirs inhérents à ces différents états.

Les moyens dont, au début, il disposa étaient assez restreints : la modeste situation de sa famille constituait une difficulté presque insurmontable pour arriver au doctorat en médecine, et on ne saurait assez s'imaginer la somme d'énergie qu'il déploya, ainsi que l'admirable dévouement dont les siens l'entourèrent.

Un labeur acharné fit de lui un docteur en médecine et l'obtention du poste de bibliothécaire de la Faculté mit le comble aux vœux de ce travailleur infatigable.

D'autres voix plus autorisées que la mienne vous diront ses brillants mérites comme médecin, comme bibliophile, comme savant.

En ma qualité de Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, je désirerais vous signaler un fait que vous devez connaître, afin de vous bien pénétrer de la grande valeur du Dr Louis Thomas.

Vers l'année 1874, j'allais voir à l'hospice des Incurables, à Ivry, un vieillard paralytique; ce dernier ressentit de ma visite une joie si vive qu'il tomba en syncope. Le Dr Louis Thomas, alors interne provisoire, étant venu donner des soins nécessaires, auxquels j'aidai de mon mieux, se montra si dévoué, si bon, si humain, que je ne pus me défendre de lui témoigner ma très vive sympathie; c'est depuis ce moment-là que naquirent nos relations, qui furent des plus cordiales, et à mesure que je connaissais mieux mon nouvel ami, je me

sentais entraîné davantage vers lui, partagé que j'étais par deux sentiments différents : l'admiration qu'il m'inspirait, et le secret espoir d'utiliser sa science au profit de l'art dentaire français.

En effet, c'est vers cette époque que se produisirent ces besoins de connaissances plus complètes des sciences dites accessoires à notre art, et tout dentiste avisé souhaitait déjà en ce temps-là, non que le dentiste fût docteur en médecine, mais qu'il reçût au moins, comme complément des études dentaires du moment, des connaissances médicales aussi utiles que désirables.

Aussi lorsqu'en 1879 fut décidée l'organisation de la première école dentaire en France, j'eus la joie bien vive d'intéresser le Dr Louis Thomas à notre œuvre d'initiative privée.

Notre tentative était hardie ; nous n'avions aucun secours à attendre de qui que ce fût. En cas de réussite, nous pouvions espérer ce que peut donner la reconnaissance humaine. En cas d'échec, nous nous couvrions de ridicule. Malgré tout, la foi était en nous, et avant l'action même, quand nous possédâmes parmi nous un aussi puissant auxiliaire, il nous semblait que déjà nous venions de remporter une première et importante victoire.

En passant à la période d'état en 1880, notre établissement embryonnaire possédait avec lui le pathologiste dont nous avions besoin. Par sa connaissance des hommes nécessaires à chaque branche du nouvel enseignement, il put grouper des professeurs qui formèrent l'ensemble qui nous donne tant de satisfactions.

Aussi le Conseil de direction de l'École et de l'Hôpital dentaires de Paris et l'Association générale des dentistes de France, dans une séance solennelle de rentrée annuelle des cours, présidée par M. Liard, représentant le ministre de l'Instruction publique, lui décerna-t-il une médaille d'or, en reconnaissance de ses éminents services de dix années consécutives.

Ce n'est pas seulement comme professeur que nous honorons la mémoire du Dr Louis Thomas. Comme écrivain, quels précieux témoignages de dévouement ne nous a-t-il pas donnés !

Dans nos luttes professionnelles, nous admirions ses vues larges, saines, honnêtes par dessus tout, s'élevant au-dessus des intérêts de groupes et de partis. Il excellait dans l'art de mettre tout au point, mais dans la lutte intrépide contre l'erreur, sa plume acérée savait mordre et atteindre le coupable. Un principe juste était son seul objectif ; ses amis, il les frappait impartialement, comme il luttait contre ses ennemis, contre les ennemis de la vérité, veux-je dire, car ce serait une erreur impardonnable de laisser croire qu'il eut jamais des ennemis.

Ceux-là mêmes qui ont éprouvé ses coups n'ont pu lui en garder rigueur ; après comme avant, ils sont restés ses amis ou bien le sont devenus.

Si nous énumérions ses travaux, quelle longue nomenclature et combien elle serait incomplète ! Que de publications, en effet, dont il aurait pu réclamer la paternité ! Que de dentistes, que de médecins ont eu recours à son talent pour mener à bien certains travaux seulement ébauchés !

Cependant cet homme si utile, si indispensable même, ne faisait pas sentir le prix du service rendu. Il était modeste à tel point qu'on ne trouverait pas son pareil.

Il possédait en outre une qualité peu commune : la persévérance. Nous le suivions instruisant nos élèves avec une ténacité surprenante, empruntant pour arriver à son but des moyens différents appropriés à chaque intelligence. Et ces soins ne s'arrêtaient pas seulement aux élèves des écoles dentaires. Il aimait à prendre parmi ses amis de jeunes enfants, des jeunes gens auxquels il servait de mentor. Il les suivait, les encourageait par tous les moyens, sans s'occuper des difficultés à vaincre. Les situations sociales modestes ne l'effrayaient pas : de l'école communale il menait lui-même les enfants à des situations libérales que des familles fortunées envient vainement.

A lui seul, bon nombre de médecins, de pharmaciens, d'avocats même, doivent exclusivement leur situation.

Enfin que de dentistes diplômés lui doivent cette partie de science médicale, indispensable aujourd'hui, qui leur a permis de rendre à des milliers de malades de signalés services !

Dans les derniers mois de son existence, le Dr Louis Thomas éprouva une bien grande peine : c'était à l'époque où le règlement de l'art dentaire était discuté concurremment avec celui de l'art médical. Nos institutions étaient en pleine prospérité, lorsque des divergences d'opinion, consécutives à ces débats, divisèrent notre homogénéité. Des retraites malheureuses en furent la conséquence, et je puis l'affirmer ici, son espoir le plus vif était de voir cesser ce regrettable état de choses. Quinze jours avant sa mort, il me le répétait encore avec une douleur non dissimulée.

Le chemin parcouru par le Dr Louis Thomas a été considérable ; il s'est dépensé pour tous, sacrifiant et lui-même et parfois aussi sa famille, à laquelle il ne donnait qu'un temps restreint par ses devoirs multiples qu'il augmentait toujours.

Il appartenait à cette classe privilégiée d'hommes illustrant les professions qu'ils embrassent, objets de désirs de toutes les sociétés et corporations, honneur de l'université et de la patrie.

Dans cette vie si lumineuse, une ombre seule jetée par notre division, qui déchirait le cœur de notre ami, et que pour lui

rendre un suprême hommage il appartient à tous de faire cesser, en reformant cette homogénéité qui le rendait si heureux et qui assurera une plus belle carrière à l'œuvre à laquelle il a tant travaillé et qui sera sa gloire. Il nous trace à tous notre devoir, nous devons pour une dernière fois faire profit de sa dernière leçon, et comme les autres elle portera ses fruits.

Adieu, cher ami, puisse ton souvenir ineffaçable, ta vie nous servir de modèle et ton école progresser dans la voie du progrès et du bien rêvé par ton âme généreuse.

Docteur Louis Thomas, au nom de tous, adieu...

TRAVAUX ORIGINAUX

FRACTURE COMPLIQUÉE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par M. P. Martinier

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie.

Séance du 8 novembre 1892.

Fracture du maxillaire inférieur produite dans l'extraction d'une dent au davier. — Pas de traitement pendant un mois. — Suppuration abondante dans le foyer de la fracture. — Séquestres multiples. — Accidents septiques généraux.

Antisepsie locale. — Enlèvement des séquestres. — Application d'un appareil. — Guérison.

Observation.

M. B..., 42 ans, représentant de commerce, se présente à la clinique de l'Ecole dentaire le dimanche 26 mai 1892.

Ce malade se plaint de douleurs violentes habituelles dans la région des dernières molaires du côté droit.

Aspect général mauvais, coloration bistrée des téguments, teinte subictérique des conjonctives, quelques mouvements fébriles dans la journée et surtout le soir. Appétit complètement perdu depuis le début des accidents. Plus de sommeil, état de souffrance et de dépression morale.

Redoute les tentatives d'exploration et marche lentement avec une certaine difficulté. Regard anxieux. Vue notablement affaiblie.

Ce malade est manifestement sous le coup d'accidents septiques remontant à une date déjà éloignée. L'origine de tout serait une extraction faite chez un praticien de la ville le 20 avril dernier (extraction de deux molaires). Depuis lors, il a toujours éprouvé une douleur locale assez vive pour que la mastication des aliments solides

ait été impossible. Les divers procédés mis en usage pour remédier à cet état n'ont pas réussi.

L'extraction a été faite au davier. (Il est absolument affirmatif à cet égard.) En faisant ouvrir la bouche et en examinant la région, nous constatons immédiatement l'existence d'une fracture de la mâchoire inférieure oblique de haut en bas et d'arrière en avant, l'extrémité antérieure correspondant à la première prémolaire, l'extrémité postérieure à la base de l'os, au point d'intersection du bord inférieur avec la verticale tombant de la 2e grosse molaire.

Dénudation du bord alvéolaire du maxillaire dans l'espace correspondant à la 2e prémolaire et à la 1e grosse molaire enlevées. Déplacement considérable en haut du fragment postérieur, la surface des couronnes des deux dernières molaires restantes est remontée au moins de 1 centimètre; suppuration abondante et fétide au niveau du foyer de la fracture. L'aspect général était si mauvais, les antécédents tellement graves que j'hésitai à prendre la responsabilité d'un traitement commencé dans de pareilles conditions. Je m'y décidai seulement sur les instances du docteur Thomas, qui m'affirma qu'avec une antisepsie locale aussi rigoureuse que possible et un appareil de contention bien compris nous arriverions très vite à une amélioration sensible de l'état général, et plus tard à la consolidation de la fracture.

Je commence par une irrigation sérieuse du foyer de la fracture avec une solution phéniquée au 1000e. J'enlève plusieurs séquestres mobiles qui baignaient auparavant dans le pus, puis je prends l'empreinte (fig. 1).

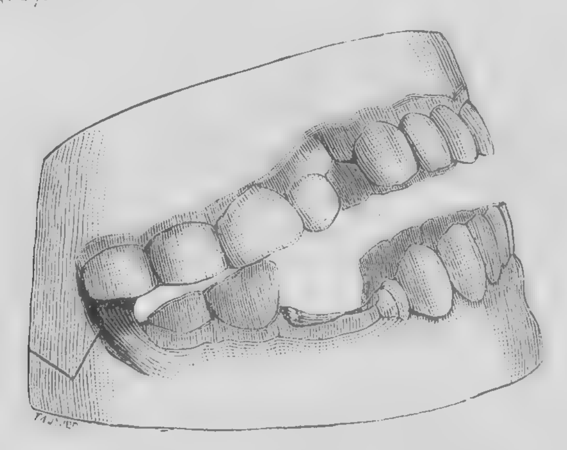


Figure 1.
Moulage avant la prise de l'empreinte.

Jusqu'au moment de l'application définitive de l'appareil, le malade fera 4 ou 5 lavages par jour avec la solution indiquée.

Sous l'influence de cette médication, la douleur locale est un peu moins vive et l'état général devient meilleur. Le malade peut dormir, il n'a plus de frissons. Malheureusement, la construction de l'appa-

reil présenta de sérieuses difficultés. J'essayai d'abord d'en appliquer un en aluminium ; le déplacement était si considérable que je ne pus rien obtenir. Je dus en faire un nouveau en alliage dentaire Ce dernier fut même assez difficile à fixer ; on ne pouvait songer à prendre un point d'appui ni sur les deux dernières molaires restantes ni sur les dents antérieures. Toutes étaient trop ébranlées. Je dus fixer l'appareil aux dents du côté opposé à l'aide de fils métalliques. Je dus même le retirer à différentes reprises pour constater *de visu* l'état de la plaie et enlever de nouveaux séquestres devenus mobiles. Au bout de 15 jours on put sentir nettement, à l'aide du doigt promené sur le bord inférieur du maxillaire, que les deux fragments étaient réunis par un cal déjà solide. L'état du malade était complètement changé, le faciès avait repris son aspect normal et sa faiblesse extrême avait disparu.

La consolidation était parfaite le 30 juillet et je pus l'enlever définitivement. Consolidation de *toutes* les *dents* du voisinage de la fracture et particulièrement des deux dernières molaires que j'avais considérées comme perdues. L'articulation était si satisfaisante que nulle part il n'existait un écartement de 1 millimètre entre une dent et la dent antagoniste (fig. 2).

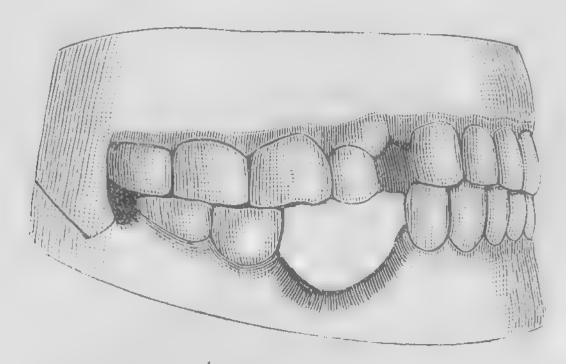


Figure 2.
Empreinte prise après l'enlèvement de l'appareil.

Cette observation me paraît présenter plusieurs points intéressants.

1° Lorsque le malade vint pour la première fois à la clinique de l'Ecole dentaire, il y avait un mois que la fracture du maxillaire avait été produite ; pendant ce temps aucun appareil n'avait été appliqué, aucune désinfection n'avait été faite, de telle sorte que le foyer avait servi de réceptacle à tous les liquides buccaux ;

2° La production de séquestres multiples était probablement la conséquence de nécroses déterminées par la présence du pus, plutôt que celle d'une fracture comminutive. Il y avait lieu de craindre, étant donnée l'intensité du processus local, qu'il ne se développât une ostéomyélite beaucoup plus étendue du corps du maxillaire ;

3° La fracture avait été faite au cours d'une extraction au davier, n'ayant pas présenté de difficultés particulières ; c'est assez rare ;

4° Les accidents septiques généraux présentaient une intensité réellement inquiétante. J'ai indiqué l'application de l'appareil sans insister sur les indications et les détails techniques de la construction. Je vais revenir maintenant sur ce point. J'ai déjà eu l'occasion en une autre circonstance de préconiser l'emploi des appareils qui laissent la liberté aux mouvements de l'articulation temporo-maxillaire. Deux peuvent servir de types : l'attelle interdentaire métallique, et l'appareil de M. Martin, de Lyon.

Avec eux seuls, le dentiste peut faire face à toutes les exigences de la pratique dans les cas de fracture simple ou compliquée du maxillaire inférieur, sauf pour les fractures de la branche montante, du condyle et de l'apophyse coronoïde, pour lesquelles l'appareil de Cunning devra être employé, l'immobilité de l'articulation étant dans ce cas indispensable. Ces fractures sont extrêmement rares. Cet appareil est encore indiqué chez les sujets tout à fait édentés; il sera complété par de petites ailettes en acier, reliant l'appareil à un couvre-chef.

Le traitement des fractures du maxillaire inférieur comprend quatre temps ou plutôt quatre opérations différentes dont les trois premières sont préliminaires ; ce sont :

1° La prise de l'empreinte ou moulage des mâchoires ;

2° La réduction de la fracture sur ces moulages et d'après l'articulation ;

3° La confection d'un appareil contentif sur le moule de la fracture réduite ;

4° La réduction de la fracture sur le malade et la pose de l'appareil contentif construit d'après le moulage.

C'est une application intéressante et indispensable de la prothèse dentaire à la chirurgie. Elle seule fournit le moyen de répondre sûrement aux indications dans la plupart des cas de fracture des mâchoires.

Les appareils plus ou moins ingénieux figurés dans les traités classiques représentent l'enfance de l'art et manquent le plus souvent leur but.

J'ai dit que deux appareils peuvent servir de types ; nous allons les décrire et discuter leurs indications et leurs contre-indications.

L'attelle interdentaire métallique est l'appareil le plus simple que l'on ait encore employé. Elle se compose d'une coiffe métallique emboîtant toute l'arcade dentaire de la mâchoire fracturée, recouvrant entièrement les dents et une faible partie de la gencive. De nombreux trous y seront percés de manière à ce qu'on puisse irriguer facilement et abondamment non seulement le foyer de la fracture, mais encore toute la région recouverte par l'appareil. Prenant son point d'appui exclusivement sur les dents, elle est fixée à l'aide de fils métalliques, de vis ou de lamelles passés dans les espaces interdentaires. Son emploi doit être réservé exclusivement aux cas dans lesquels nous nous trouverons en présence d'un maxillaire fracturé possédant au moins 4 ou 5 dents solides permettant de pouvoir servir de points de rétention suffisants.

Il peut être construit avec tous les métaux dont nous nous servons pour nos appareils de prothèse, toutefois l'aluminium et l'alliage dentaire, à cause de leur malléabilité, devront être choisis de préférence.

Les avantages de cet appareil sont considérables ; le principal, c'est qu'il laisse la liberté à l'articulation temporo-maxillaire, de sorte que l'alimentation est facile ; on peut arriver aux substances solides dans un temps relativement court.

Par le fait même de cette alimentation, nous verrons le malade dont la nutrition aura souffert depuis le jour où la fracture s'est produite recouvrer rapidement ses forces ; cela hâtera la formation du cal et la guérison même.

Le malade peut parler très facilement, ce qui lui permettra de reprendre au bout de quelques jours ses occupations. Comme l'appareil est exclusivement intra-buccal, il n'est ni plus disgracieux ni plus gênant qu'une autre pièce prothétique. Les lavages antiseptiques, un des points les plus importants du traitement, sont extrêmement faciles et peuvent être faits sans nécessiter le déplacement de l'appareil (fig. 3).



Figure 3.
Appareil ayant servi à la contention de la fracture.

Ces avantages sont sérieux, et l'emploi de cet appareil nous paraît absolument utile toutes les fois qu'il n'existe pas de contre-indications absolues.

Il y en a deux fondamentales :

1° Les plaies pénétrantes de la joue, communiquant avec le foyer de la fracture ;

2° L'état du système dentaire.

L'ébranlement des dents restantes, produit par une cause quelconque, ne permet guère de placer sur elles un fil métallique ; ce serait un moyen infaillible de provoquer leur chute.

Si le nombre de dents restant sur le maxillaire est insuffisant, c'est une contre-indication absolue.

Le second appareil dont nous allons parler, celui de Martin, de Lyon, est à peu près le seul qui convienne à l'absence des dents nécessaires à la rétention du précédent appareil.

Nous aurons avec cet appareil les mêmes avantages que pour le précédent et il repose sur le même principe de la liberté d'articulation. Il est donc tout indiqué pour le remplacer lorsque celui-ci ne peut être employé, pour une raison ou pour une autre ; il donnera certainement des résultats bien supérieurs à tous les points de vue à la fronde, car celle-ci ne se recommande par aucune qualité.

L'appareil Martin se compose de deux coiffes métalliques en tôle d'acier, se recouvrant exactement et moulant l'arcade dentaire. Ces coiffes sont, comme l'appareil primitivement décrit, percées de trous.

L'une des gouttières supporte à sa face antérieure et sur la ligne médiane un ressort qui se recourbe pour sortir de la bouche, de façon à ne pas blesser la lèvre inférieure, et qui va se fixer à la mentonnière en tôle vernie.

Cette mentonnière est articulée en trois parties et s'étend de chaque côté sur les joues. Elle porte à chacune de ses extrémités deux petits crochets destinés à attacher une bande de caoutchouc venant se fixer sur le sommet de la tête.

Entre la mentonnière et la peau on place des compresses de toile ou de charpie pour recueillir le pus ou la salive. L'articulation de la mentonnière permet le renouvellement facile des pansements. Une cause a souvent fait délaisser l'emploi de l'appareil Martin ; je veux parler de la difficulté que l'on rencontre dans sa construction. Cependant avec quelques petites modifications on en vient facilement à bout. La tôle d'acier recommandée par Martin étant un métal peu malléable et dont la manipulation ne nous est pas familière, peut être remplacée, pour la partie intra-buccale, par l'alliage dentaire, métal très malléable et dont la rigidité après l'estampage est suffisante.

Pour la mentonnière, le zinc estampé peut très bien remplacer la tôle d'acier. Mon collègue Gillard a remarqué que les ressorts rivés directement à la coiffe s'oxydent rapidement et se brisent fréquemment au contact des liquides buccaux ; il a modifié cette partie en soudant à la gouttière un prolongement du même métal (alliage dentaire) auquel il donne la courbure nécessaire à la sortie des lèvres ; il y rive ensuite son ressort qui est ainsi à l'abri du milieu buccal.

On peut avec ces légères modifications construire facilement cet appareil.

Il sera indiqué pour tous les cas où l'attelle dentaire simple serait insuffisante ou contre-indiquée.

Dans les cas de fracture double ou triple à déplacement considérable, et surtout lorsqu'une plaie cutanée vient par sa présence compliquer la fracture, il y a une grande importance à pouvoir pratiquer les pansements antiseptiques les plus minutieux et les plus fréquents, car presque toujours ces plaies font communiquer le foyer

de la fracture avec l'extérieur, ce qui facilite la septicémie.

La mentonnière articulée permettant de faire des pansements nombreux sans que l'on soit obligé de la retirer est dans ce cas d'un grand secours.

J'ai voulu indiquer l'importance du choix d'un appareil laissant la liberté des mouvements de l'articulation temporo-maxillaire, et permettant de pratiquer la plus large antisepsie. Je vais vous présenter le malade dont le cas fait l'objet de cette communication et vous pourrez juger si l'application d'un appareil de ce genre a été heureuse.

LES OBTURATIONS A L'ÉMAIL

Par M. Mouton,

Démonstrateur à l'École dentaire de Paris.

Une grande dureté, une résistance considérable aux acides buccaux et une coloration parfaite, voilà, je crois, les principales qualités requises pour nos substances obturatrices, et aucune de celles que nous possédons actuellement ne les réunit, employée seule. C'est pourquoi certains d'entre nous sacrifient la coloration à la dureté et obturent par exemple les dents antérieures avec de l'or, voire même avec de l'amalgame ; d'autres, au contraire, préfèrent obtenir une bonne coloration et emploient pour les mêmes cas du ciment.

Mais, dira-t-on, il existe un corps d'une dureté et d'une coloration excellente, l'émail. C'est vrai, mais comme il ne possède aucune plasticité, il ne peut être employé seul, d'où le moins de solidité des obturations et la difficulté de le travailler.

Ami de l'esthétique, c'est la substance dont je préfère, cependant, me servir, quand cela est possible, pour toutes les obturations susceptibles d'être aperçues.

On peut employer l'émail naturel ou l'émail artificiel.

Pour faire une reconstitution avec de l'émail naturel, il faut prendre sur une dent extraite de la même espèce que la dent à obturer la partie correspondante à celle à remplacer, l'ajuster parfaitement sur les bords de la carie et fixer avec du ciment assez clair.

Certains opérateurs font tout le travail directement dans la bouche, mais je préfère, pour ma part, prendre préalablement un petit modèle, l'ajustement est plus facile et beaucoup plus rapide. Quant aux moyens de rétention, ils sont très difficiles à indiquer d'une manière absolue, car ils différeront suivant la forme, la taille du morceau d'émail, mais ils peuvent se réduire à deux types principaux, un bouton ou une cavité faits dans son épaisseur. Pour le fixer, préparer la carie comme pour une bonne obturation, l'emplir de ciment très clair dans lequel il ne reste plus qu'à plonger le morceau d'émail ajusté, laisser durcir le plus longtemps possible.

Mais l'émail naturel étant attaquable aux acides buccaux, il est préférable de lui substituer l'émail artificiel dont les teintes sont plus

faciles à réassortir, le travail plus commode et les moyens de fixation plus nombreux.

Certains émaux, les émaux de verre ont un point de fusion assez bas pour pouvoir être fondus dans une feuille d'or très mince.

Voici la manière d'opérer pour s'en servir :

Pour obtenir l'empreinte de la cavité, on prend un fragment de feuille d'or platiné de Williams, numéro 60, deux ou trois fois plus grand que l'orifice de la cavité ; on le pose sur l'ouverture et on l'enfonce doucement à l'aide d'une boulette de ouate enroulée autour des extrémités d'une pince ou d'un fouloir, jusqu'à ce qu'il s'adapte parfaitement aux parois et qu'il ait pénétré dans toutes les anfractuosités. Si la cavité présente des parties en retrait qui gêneraient, on peut les remplir provisoirement de gomme laque, qu'il faudra, bien entendu, retirer avant de fixer à demeure la plaque obturatrice. Si la carie est interstitielle, l'espace entre les dents doit être au moins égal à la profondeur de la cavité. Cette matrice ainsi obtenue doit être retirée de la cavité puis remplie avec de la poudre de verre de la coloration choisie, réduite en pâte de consistance crémeuse. Cette pâte se fait en ajoutant la quantité de poudre nécessaire à quelques goutes d'eau distillée et malaxant bien avec la spatule sur une lame de verre. Il importe que la masse soit ténue. Une fois la matrice remplie de la masse humide et ténue, on enlève toute la quantité d'eau possible en appliquant légèrement sur la pâte un morceau de papier buvard, puis on la soumet à l'action de la flamme de l'alcool ou de gaz bleu, jusqu'à ce qu'elle soit complètement recuite et qu'elle fonde. Une première cuisson n'est pas suffisante parce que la matière se contracte, la seconde cuisson exige l'addition de nouvelle pâte et elle se conduit comme la précédente. Il importe de ne pas donner à l'émail plus d'épaisseur que n'en réclame la profondeur de la cavité, autrement il faudrait l'user à la meule.

Au bout de quelques secondes, la porcelaine durcit et s'extrait facilement de la matrice. Pour fixer on se sert de ciment en pâte claire. Il est très difficile de se procurer dans le commerce des émaux ayant les teintes parfaites que nous recherchons et voilà où il faut faire appel à son ingéniosité. On trouve chez les émailleurs différentes variétés d'émaux blancs ou jaunes,mais leur nombre en est plus que modeste ; seulement vous pouvez augmenter la collection en pulvérisant quelques flacons à médicaments, il y en a des bleus, des oranges, des jaunes ; mélanger les poudres suivant les besoins et tâcher d'obtenir la teinte voulue n'est pas toujours facile. Un dentiste de Hambourg, le Dr Richter, a préparé des poudres de nuances différentes dont on peut augmenter le nombre en les mélangeant entre elles. Ces poudres sont contenues dans des flacons numérotés dont les numéros correspondent à des échantillons d'émaux fondus, collés sur une carte, ce qui facilite le choix des teintes.

Il y a aussi le procédé de M. Gillard et les morceaux d'émaux pris sur des dents artificielles.

Le but de cette communication, qui ne vous apprend rien qui ne vous soit connu et familier, est d'attirer votre attention sur l'avantage immense que possèdent sur ces différents genres d'émaux les morceaux de dents artificielles, grâce à leur forme, à leurs crampons de platine et à leur coloration aussi parfaite que variée.

CAS DE NÉCROSE DU MAXILLAIRE CONSÉCUTIVE A UN TRAUMATISME REMONTANT A 20 ANS

Par M. Schleier.

M. Chambos, 40 ans, est venu nous trouver pour nous consulter, se plaignant de douleurs très fortes que lui causaient les molaires inférieures gauches. Il disait avoir constamment du pus dans la bouche et se sentir très affaibli depuis quelque temps.

Antécédents. Le malade est anémique. Il dit avoir reçu un coup de pied de cheval il y a 20 ans, à la place qui lui fait mal actuellement. Depuis il a reçu un autre coup et il est tombé sur le même endroit.

Etat actuel. La dent de sagesse du côté malade n'existe pas, elle a été enlevée il y a trois semaines par un dentiste. Les première et deuxième grosses molaires, ainsi que la deuxième petite molaire, sont mobiles ; la moindre pression provoque des douleurs et laisse couler du pus ; la gencive est tuméfiée.

Diagnostic. Nécrose du maxillaire inférieure côté gauche.

Traitement. Enlèvement des première et deuxième grosses molaires, ainsi que de la deuxième petite molaire. Injections antiseptiques; pansements iodoformés à demeure, sur le conseil de M. Poinsot, professeur. Au bout de trois jours, enlèvement d'un séquestre; injection antiseptique, pansement iodoformé à demeure.

Enlèvement d'un deuxième séquestre assez volumineux, injection antiseptique, pansement iodoformé à demeure.

Au bout de six semaines, le malade était complètement guéri. En même temps que le traitement antiseptique, le malade a été soumis au massage, sur le conseil de M. le Dr Thomas.

Nettoyage des dents.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 10 janvier 1892.

Présidence de M. Gillard, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Francis Jean, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal, qui est adopté après observations de MM. Gillard et Joseph.

Il communique une lettre de *M. Boulé*, demandant la remise au mois suivant de la présentation qu'il devait faire.

I. — Cas de nécrose du maxillaire consécutive a un traumatisme remontant a 20 ans, par M. Schleier.

M. Poinsot donne lecture d'une communication sur ce sujet et présente le malade (voir *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Poinsot. — Ces indications sont rigoureusement exactes, car j'ai vu le malade quand il est venu à la clinique : il était dans un état de cachexie profonde et d'une faiblesse extrême ; ses dents étaient mobiles et baignaient dans le pus. En un mot, son état était si grave que je n'ai pas cru devoir faire l'opération immédiatement et nous avons eu recours à l'antisepsie préparatoire pendant 8 jours.

M. Roy. — M. Poinsot a jugé nécessaire de pratiquer l'antisepsie avant l'opération. J'estime qu'il vaut mieux enlever la dent d'abord, et faire l'antisepsie ensuite.

M. Poinsot. — Il y a des cas où il ne faut pas créer de plaies. Dans l'espèce, en 8 jours la différence dans l'état général du malade était considérablement améliorée. Je n'ai d'ailleurs fait que suivre cette doctrine, à savoir qu'il convient de préparer les opérations.

M. Roy. — La porte que M. Poinsot aurait ouverte au début eût été favorable à la guérison quoique le pus s'écoulât déjà Je répète qu'il faut d'abord enlever la dent, puis faire de l'antisepsie.

M. Poinsot. — Il faut tenir compte du maxillaire aussi.

M. Viau. — Je ne partage pas la manière de voir de M. Roy. Le jour où le malade s'est présenté à la clinique il n'y avait pas d'inconvénient à retarder l'opération de 8 jours. Du reste, *faire de l'antisepsie* dans la bouche d'un malade signifie faire un nettoyage ; c'est une mesure absolument prudente et absolument indiquée, et il ne faut pratiquer les avulsions que quelques jours plus tard.

M. Francis Jean. — Dans l'un et l'autre cas la question est défendable et les chirurgiens diffèrent d'avis sur l'opportunité de l'enlèvement des séquestres ; en tout cas je considère qu'il est sage de temporiser.

M. Roy. — M. Francis Jean parle de séquestres, tandis que j'ai parlé de l'extraction des dents. L'enlèvement des séquestres ne doit être pratiqué que lorsqu'ils sont mobiles, car on a donné ainsi une large issue au pus.

M. Poinsot. — Il ne s'agissait pas là d'un cas ordinaire, car les dents étaient les victimes ; dès l'instant que le pus passait, il fallait d'abord nettoyer. Je le répète : quand le malade s'est présenté, son état général ne permettait pas une opération aussi grave. Quand on a de l'expérience, on est guidé en ces matières par une sorte d'intuition, et c'est ce sentiment qui m'a dicté ma conduite.

M. Touchard. — J'ai eu l'occasion d'enlever à un de mes clients une partie nécrosée du maxillaire inférieur assez importante. Deux molaires qui baignaient dans le pus et dont l'extraction avait été retardée sur l'avis du médecin de mon client étaient la cause de cette nécrose partielle. Je vous en présenterai prochainement l'observation qui confirme l'opinion que vient d'émettre M. Roy. Personnellement je n'hésite pas à en enlever immédiatement la ou les dents incriminées, quitte à procéder à une antisepsie post-opératoire rigoureuse.

D'une manière générale, toute opération capable de déterminer une lésion des tissus mous — laquelle peut servir de porte d'entrée aux produits microbiens — peut déterminer de l'infection soit pour

cause de malpropreté de l'instrument employé, soit par le mauvais état du milieu buccal. C'est pour cela que je n'opère jamais un malade sans lui faire laver la bouche avec de l'eau phéniquée dans laquelle j'ajoute quelques gouttes de liqueur de Van Swieten. Miller, de Berlin, d'ailleurs, recommande spécialement l'antisepsie de la bouche pour toute opération pouvant amener une hémorragie, si faible qu'elle soit.

II. FRACTURES SPONTANÉES DE DENTS PATHOLOGIQUES, PAR M. POINSOT

M. Poinsot. — J'ai aurifié chez une malade une 2e molaire du côté droit, dans de bonnes conditions. Quelque temps après, la personne revint à mon cabinet, se plaignant de douleurs dans cette dent; je pensai que c'était une action thermique due à la présence de l'or, la teinture d'iode l'ayant jugulée. Il s'écoula trois ou quatre ans sans que je revisse ma malade; au bout de ce temps elle revint et me remit sa dent qu'elle avait enlevée avec les doigts. J'examinai la dent et j'y découvris une brèche résultant d'une fracture spontanée par explosion; la pulpe dentaire avait dû être impressionnée, puis mortifiée par l'action thermique due au métal.

Il y a douze ans je vous signalai un cas analogue, qui m'attira alors beaucoup de critiques; mais, quelque temps, après des confrères — de ceux qui m'avaient critiqué — vinrent me présenter des accidents semblables.

M. Deschaux. — Je mets en doute que quelques millimètres cubes de gaz aient une force suffisante pour faire éclater une dent.

M. Poinsot. — Des études ont été faites sur ce sujet et un lieutenant de M. Pasteur me donnait un jour l'explication suivante de ce phénomène : « Dans les tissus mortifiés il naît des anaérobies qui produisent des gaz, lesquels se compriment et, les enveloppes diminuant de résistance, l'explosion finit par se produire. »

M. Francis Jean. — Il serait bien plus intéressant que M. Poinsot montrât l'éclat.

M. Poinsot. — Comme je l'ai dit, cette dent a été cueillie avec le doigt, mais l'éclat existe; la personne a conservé la dent deux ou trois ans dans la bouche et il est impossible qu'un traumatisme ait déterminé la chose.

M. Francis Jean. — Ce serait indiscutable si on avait le morceau.

M. Touchard. — Des cas analogues ont été signalés à la Société.

M. Deschaux. — Bien que certains microbes produisent des gaz, la cavité pulpaire de la dent ne présente pas une capacité suffisante pour déterminer une explosion.

M. d'Argent. — J'ai vu à la clinique en 1888 une petite molaire qui ne contenait pas de gaz, n'offrant aucune altération et qui s'était scindée en deux. Elle appartenait à une garde-malade qui avait cassé de la glace avec elle pendant longtemps. Or, dans ce cas, il ne pouvait pas y avoir de gaz; il y avait donc probablement des lacunes dans l'émail.

M. Viau. — Précisément dans l'observation à laquelle M. Poinsot fait allusion et qui remonte à 1864 ou 1865 — elle vient de Londres

— le dentiste disait que son patient avait constaté un choc dans la bouche.

M. Poinsot. — Parmi les réfrigérants, le chlorure de méthyle a un inconvénient : celui de rendre la dent cassante, l'émail et l'ivoire, tout comme le verre.

M. Lemerle. — Il est bien entendu que, si la dent a fait explosion, il fallait qu'il y eût oblitération du canal. Or a-t-on fait une coupe de celle-ci pour l'examiner?

M. Poinsot. — Non; mais les gaz n'ont pas pu s'échapper par le canal.

III. — LA TROPACOCAÏNE, PAR MM. LE Dr PINET ET VIAU

M. Viau donne lecture d'une communication sur ce sujet (insérée dans le numéro de janvier) et présente les excuses du *Dr Pinet*, empêché d'assister à la réunion.

DISCUSSION

M. Francis Jean. — On a attribué à la cocaïne des accidents locaux plus ou moins étendus, ulcérations et nécroses, etc. ; la tropacocaïne ne donne-t-elle rien de particulier au point de vue local?

M. Viau. — Non.

M. Francis Jean. — Les plaies se guérissent-elles normalement?

M. Viau. — Je n'ai rien remarqué de particulier après les extractions.

M. Roy. — Jamais on n'a signalé d'accidents de nécrose dus à la cocaïne, mais bien à l'excipient ou aux instruments employés.

M. Poinsot. — Les accidents dépendent de l'acide phénique ajouté à la cocaïne, qui devrait être absolument pur, mais qui ne l'est que rarement, les acides chimiquement purs étant très rares dans le commerce.

A ce propos on se sert abusivement du mot *cocaïne*, c'est *chlorhydrate de cocaïne qu'il faudrait dire.* La cocaïne donne des pâleurs, dites-vous : ce n'est pas elle, mais bien le chlorhydrate, comme vous pourrez vous en convaincre en faisant quelques expériences avec la cocaïne pure.

M. Deschaux. — Qu'entend M. Viau par mydriase? Pour moi, quoique je ne sois pas fort en oculistique, il me semble que *mydriase* signifie le phénomène de petites mouches qui volent devant les yeux.

M. Viau. — Chez les cobayes l'œil éprouve une grande dilatation de la pupille.

M. Frey. — Par *mydriase* on n'entend pas autre chose que la dilatation de la pupille.

M. Gillard. — A propos de sphacèles et de nécroses on en a observé à l'Ecole au début. On ajoutait de l'acide phénique au chlorhydrate de cocaïne, la solution se faisait extemporanément et on obtenait un liquide blanchâtre : c'était une émulsion d'acide phénique. On l'injectait sous la gencive et elle se réfugiait dans la partie la plus déclive.

M. Poinsot. — Alors l'acide phénique n'était pas chimiquement pur, autrement il aurait été soluble dans l'eau.

M. Gillard. — Cela dépend des proportions.

M. Viau. — Je me suis servi d'une solution d'acide phénique cristallisé à 2 0/0 pendant longtemps et malgré cela il fallait filtrer. Si votre acide phénique n'est pas pur, vous aurez des accidents.

IV. — L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE EN ANGLETERRE, PAR M. TOUCHARD

M. Touchard. — Le secrétaire général est fort aimable de porter dans l'ordre du jour un titre qui embrasse un sujet aussi vaste ; mais vous ne vous attendez pas, j'imagine, à ce que je vous fasse une conférence sur l'enseignement dentaire au-delà de la Manche. Cette question sera l'objet d'un rapport adressé à qui de droit.

J'ai promis, il est vrai, de présenter à la société diverses choses, des perfectionnements et des appareils que j'ai vus fonctionner ; or ces derniers, que j'ai commandés, ne sont pas encore arrivés d'Angleterre. Je vous demanderai donc de vouloir bien attendre jusqu'au mois de février.

V. — L'EXPANSION DES ARCADES DENTAIRES COMME MOYEN PRÉVENTIF DE LA CARIE INTERSTITIELLE, PAR M. FRANCIS JEAN

M. Gillard. — M. Francis Jean n'étant pas en mesure vous demande également crédit jusqu'à la prochaine séance pour sa communication.

VI. — LES OBTURATIONS A L'ÉMAIL, PAR M. MOUTON

M. Mouton donne lecture d'un travail sur ce sujet (voir *Travaux originaux*) et présente des échantillons.

Il ajoute : les obturations faites à l'émail fusible ne donnent pas d'excellents résultats. On nous dit, en effet, de boucher tous les points en retrait ; mais si vous le faites, vous n'aurez aucune solidité. C'est frappé de l'inconvénient de cet émail que l'idée me vint de me servir de nos dents artificielles, qu'il est très facile de lui substituer. On enlève un morceau sur une dent artificielle, on ajuste avec un crampon ou on met un pivot suivant le cas. La fixation de ce dernier est rendue très aisée par le système du Dr Herbst ; on replace le morceau d'émail sur le modèle et on coule un petit morceau de plâtre devant. Il va de soi que, si vous avez à traiter un 2e degré, vous ne pouvez pas mettre de pivot.

En résumé, j'attire toute votre attention sur l'emploi des dents artificielles.

DISCUSSION

M. Roy. — Je me permettrai une observation en quelque sorte bibliographique. M. Mouton a omis de citer de nombreux opérateurs qui ont employé ce procédé, par exemple M. Dubois, M. Herbst qui a exécuté un travail à l'aide du verre, M. Dall qui a fait à Bâle une communication sur les obturations ; ce dernier emploie des morceaux d'émail qu'il fait fabriquer exprès.

M. Mouton. — Dans ma communication il n'y a pas d'innovation. En faisant ma présentation, j'ai obéi à une recommandation de

M. Gillard disant qu'il était possible de revenir sur ce qui avait été fait, les choses originales n'étant pas obligatoires ici.

M. Salmon. — J'emploie les morceaux d'émail et je me sers du fourneau de Fletcher.

M. Mouton. — La grande difficulté, c'est d'avoir des teintes.

M. Gillard. — Il est vrai, en effet, que M. Dubois a fait une communication sur l'emploi de la matrice avec une feuille d'or et que M. Herbst a exécuté une obturation avec un petit morceau d'émail ; mais nous n'en remercions pas moins M. Mouton de sa bonne volonté.

VII. — RAPPORT ANNUEL DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL, PAR M. FRANCIS JEAN

M. Francis Jean donne lecture de ce document (inséré d'autre part) qui est approuvé.

VIII. — ÉLECTIONS POUR LE RENOUVELLEMENT DU BUREAU

M. Gillard. — Nous allons procéder au renouvellement du bureau de la Société. Permettez-moi auparavant de vous remercier, au nom du bureau sortant, du zèle et de l'assiduité avec lesquels vous avez suivi nos séances. C'est grâce à ce zèle et à cette assiduité que la Société n'a pas périclité. Le rapport du Secrétaire général vous montre que, cette année, la moisson scientifique a été ample et il est permis de dire que ce sont plutôt les sièges que les auditeurs qui ont manqué. Je remercie surtout les jeunes de leur collaboration active et j'espère que vous porterez vos votes sur eux pour les en récompenser.

J'ajoute que la Société scientifique est absolument autonome et n'est pas soumise aux restrictions imposées par les statuts qui sont la conséquence de la reconnaissance d'utilité publique, c'est-à-dire que les membres de la province peuvent prendre part aux votes, tout comme ceux du département de la Seine.

Vous avez à nommer un président, deux vice-présidents, un secrétaire général et deux secrétaires des séances. Le scrutin est ouvert.

Il est procédé au vote, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants	36
Majorité absolue	19
Suffrages exprimés	35
Bulletin blanc	1

Ont obtenu :

Pour la présidence :	MM. Viau	30 voix.
	Gillard	3 »
	Poinsot	2 »
Pour la vice-présidence :	MM. Tusseau	26 »
	Francis Jean	24 »

MM. Viau, Barrié, Touchard, Lemerle, Gillard et Legret, chacun 1 voix.

Pour le secrétariat général :	MM. Martinier	30 voix.
	Tusseau	3 »

	Barrié.........	2	»
	Touchard.......	1	»
Pour le secrétariat des séances: MM.	Sauvez.........	27	»
	Frey...........	26	»

MM. Prevel, Lemerle, Francis Jean, Barrié et d'Argent, chacun 1 voix.

M. Gillard. — En conséquence de ces votes le bureau de la Société d'Odontologie de Paris pour 1893, est ainsi composé :

Président, M. Viau ; *vice-présidents*, MM. Tusseau et Francis Jean ; *secrétaire général*, M. Martinier ; *secrétaires des séances*, MM. Sauvez et Frey.

La séance est levée à 11 heures 40.

Le Secrétaire général,
FRANCIS JEAN.

Séance du mardi 7 février 1893.

Présidence de M. VIAU, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Viau prononce les paroles suivantes :

« Messieurs,

» En prenant place pour la première fois à ce fauteuil, et sans avoir eu le temps de vous remercier de l'honneur que vous m'avez fait en me nommant président de la Société d'Odontologie de Paris, j'ai une bien triste mission à remplir : celle de vous annoncer la mort de deux membres de notre association.

» Il y a huit jours nous perdions M. Victor Lecaudey, un des fondateurs de l'Ecole dentaire, le frère de notre vénéré président, M. le Dr Em. Lecaudey.

» Il représentait comme lui l'exemple du travail opiniâtre, que couronnent si justement parfois une réputation et une considération professionnelle bien justifiée et bien gagnée. C'est une perte cruelle pour nous, et nous nous associons bien sincèrement au chagrin de notre cher doyen, M. Em. Lecaudey.

» Hélas! j'ai à vous annoncer une autre mort qui nous a tous consternés, un malheur irréparable pour l'Ecole dentaire : le Dr Louis Thomas, qui devait ce soir nous faire une conférence que tout le monde professionnel voulait entendre, le Dr Louis Thomas est mort! C'est en pleine puissance intellectuelle, en pleine activité, que notre maître, ce grand savant, ce professeur remarquable, adoré de tous ses élèves comme de tous ceux qui ont eu le bonheur de le connaître, nous a été ravi.

» Louis Thomas n'est plus!........ il a été enlevé subitement à l'affection des siens et de ses amis, à l'âge de 47 ans.

» Rappeler les services qu'il a rendus à l'Ecole? Pour cela il faudrait faire l'historique de sa fondation et relater jour par jour toutes nos difficultés et tous nos succès. Toujours il nous apportait une nouvelle marque de sympathie et une précieuse contribution de travail désintéressé. Je dirai plus, il faudrait pour cela rappeler les

services qu'il a rendus aux dentistes français. C'est à lui, en effet, que nous devons en grande partie l'organisation de l'enseignement dentaire en France. C'est lui qui, par sa haute valeur, par son grand esprit, par sa droiture, a toujours été le conseiller, l'arbitre d'honneur que nous allions trouver dans toutes les circonstances difficiles de notre vie professionnelle. Il n'a jamais failli aux devoirs que nous lui imposions ainsi.

» Vous dirai-je ce qu'était l'ami ? Hélas! une émotion trop grande s'empare de moi, et je ne puis croire encore que cet homme si vaillant, plein de jeunesse, de science et de talent, ait cessé de vivre.

» L'avant-veille de sa mort nous sommes restés quelques heures ensemble et il n'avait été question que de projets d'avenir, de voyages, d'art, que sais-je encore. Quel plaisir j'avais à l'entendre parler : c'était un enthousiaste ! Je n'oublierai jamais les moments de flânerie passés avec lui, moments de récréation qui ont été certainement les plus instructifs et les plus intéressants pour moi depuis 15 ans.

» Messieurs, c'est le cœur navré que je viens vous demander de lever cette séance en signe de deuil profond et sincère en raison de la perte de notre regretté ami, Louis Thomas, auquel nous irons tous dire demain un suprême adieu. »

La séance est levée à 9 heures 10 minutes.

Le secrétaire général,
P. Martinier.

RAPPORT ANNUEL

Par M. Francis Jean,
Secrétaire général.

Messieurs,

Comme mes devanciers, j'ai le devoir et le plaisir de vous rendre compte des travaux accomplis par notre Société dans le cours de l'année écoulée. Ce n'est pas sans une certaine inquiétude que j'acceptai l'honneur que vous m'avez fait en me confiant les fonctions de secrétaire général. D'autres que moi eussent été plus aptes à les remplir. Je redoutais cette tâche parce que, à l'encontre de mes prédécesseurs, je ne possède ni la compétence ni la longue pratique administrative de quelques-uns d'entre eux : j'ai cité MM. Blocman, Papot, et Löwenthal, auxquels je rends ici hommage ; aussi, permettez-moi, Messieurs, de vous remercier de l'indulgence que vous m'accordiez par avance et que j'étais sûr de rencontrer chez vous : elle était pour moi l'encouragement nécessaire à l'accomplissement de mon mandat. A défaut de mérite je devais m'efforcer d'être à la hauteur de votre confiance ; je m'y suis constamment appliqué.

Cette assemblée générale est la huitième dans laquelle la situation de notre groupe est mise sous vos yeux. L'intérêt professionnel de nos réunions augmente de plus en plus et nous éprouvons la vive satisfaction de constater la présence d'un grand nombre de jeunes

confrères désireux d'être utiles à l'art et à la science dentaire. La situation de notre Société est prospère, malgré l'abstention de quelques hommes de valeur qui ont contribué pour une large part à sa création.

Les résultats que vous pouvez constater prouvent combien les racines en sont solides et qu'aucun effort ne pourra désormais en ébranler la base.

Actuellement notre association scientifique s'est démocratisée, si j'ose m'exprimer ainsi, car quiconque désire communiquer ses observations ou démontrer son procédé personnel est le bienvenu. Sa responsabilité propre nous suffit ; d'ailleurs une discussion est toujours profitable par quelque côté, car le bon subsiste toujours.

Les élèves de notre école ont eux-mêmes fait cette année des communications sous la direction de leurs professeurs, et nous ne saurions trop engager ceux-ci à laisser cette voie ouverte. N'est-ce pas du reste de la clinique de l'école que devraient nous venir la majeure partie des travaux? On ne peut trouver un champ d'études plus vaste qu'ici et c'est le seul qui permette d'assurer la sincérité des cas présentés. Quoiqu'on doive sans scrupule, à côté des succès obtenus, mettre en balance les mécomptes, on n'expérimente pas, on ne progresse pas autrement.

Nous sommes un centre auquel tous les perfectionnements, tous les progrès doivent aboutir afin d'être livrés à la publicité professionnelle, et nul n'a le droit de garder par devers lui un procédé soi-disant personnel, la science dentaire appartient à la profession tout entière. En agissant ainsi nous travaillons dans l'intérêt de notre art et nous en sommes les premiers récompensés. Rien ne peut excuser l'abstention des membres d'une Société comme la nôtre, car de l'abstention découle la stérilité. Les idées libérales qui présidèrent à sa création sont et persisteront quand même. Nos réunions n'affirment-elles pas leur valeur du reste par l'abondance et le choix des communications ? Plusieurs séances sont assurées à l'avance par les communications inscrites à présent et le moment n'est pas éloigné où nous nous verrons dans l'obligation d'en augmenter le nombre. Cela ne prouve-t-il pas aussi que notre art se trouve dans une période de progrès croissant ? Le rôle du dentiste en est rehaussé par des avantages scientifiques manifestes ; j'en donnerai divers exemples et je citerai entre autres notre concours souvent précieux pour le chirurgien des hôpitaux dont nous diminuons, dans certains cas, sensiblement la tâche tout en facilitant la nôtre ultérieurement.

Les abcès du sinus se guérissent souvent facilement par nos soins et nous rendons souvent inutiles des opérations graves devant lesquelles les chirurgiens ne reculent jamais.

Les merveilleux travaux de prothèse immédiate de M. Martin, de Lyon, interprétés si savamment par notre cher président, M. Gillard, qui nous en mit les détails sous les yeux à différentes reprises, sont encore frais dans notre mémoire. Déplorons à ce propos que les exigences du règlement ne nous permettent pas de conserver plus longtemps à notre tête un esprit aussi éclairé.

Grâce au concours du dentiste, les opérés des maxillaires pourront désormais, vivre encore dans des conditions satisfaisantes, l'application et l'usage des appareils étant rendus possibles par cette collaboration du dentiste et du chirurgien.

Les fractures des maxillaires considérées plutôt comme du domaine de la grande chirurgie sont traitées par nous toujours avec réussite. M. Martinier nous en a fourni diverses preuves à ajouter aux autres cas. Ces succès, il n'en faut pas douter, sont dus à la compétence du dentiste jointe à celle du mécanicien, notre auxiliaire indispensable par son intervention artistique. La prothèse restera toujours partie intégrante de la chirurgie dentaire, c'est au mécanicien qu'il convient de concevoir, de juger judicieusement un appareil buccal quelconque, ainsi que d'en prévoir les avantages ou les inconvénients ; la pratique de la mécanique assure enfin la dextérité qui fait la grande qualité du praticien.

La micrographie elle-même devient notre sujet d'études : elle constitue la clef de tous les phénomènes physiologiques et pathologiques qui se passent dans le corps humain, phénomènes dont la dent n'est pas exempte. Nous sommes heureux de féliciter ceux d'entre nous qui se consacrent spécialement à cet art si difficile et en particulier M. Joseph dont les savantes recherches méritent tous nos encouragements.

C'est par notre collaboration que la diffusion de l'art dentaire s'effectue ; elle est entrée dans nos mœurs par la Société d'Odontologie de Paris, issue de la première école dentaire créée en France. Notre éminent confrère M. Poinsot, de la haute compétence duquel nous nous honorons tous, fut un des premiers à en donner l'exemple par son zèle infatigable ; aussi ne saurions-nous trop l'en remercier au nom de tous nos membres.

La diffusion scientifique peut seule opposer une barrière à la routine ; les travaux de chacun y contribuent : par l'*Odontologie*, organe de l'Association générale des dentistes de France, nous sommes tenus au courant des travaux accomplis. L'étranger nous communique ses perfectionnements et ses nouveautés.

Aux séances de mai dernier, la dentisterie opératoire pratiquée par le Dr Herbst, de Brême, membre de l'Association, a été encore hautement appréciée ; le Dr Herbst, il est vrai, n'est pas un étranger pour nous, car il a laissé ici depuis longtemps déjà les souvenirs confraternels les plus agréables.

Soucieux d'étendre nos relations avec nos confrères de province et de l'étranger, votre bureau a décidé qu'une série de séances pratiques et théoriques auraient lieu vers le mois d'avril prochain ; nous serons heureux d'y rencontrer tous nos confrères qui ne peuvent prendre part à nos travaux mensuels. Ces séances extraordinaires nous permettront ainsi de passer en revue tous les travaux intéressants de la Société. Espérons qu'elles seront couronnées de succès et qu'elles seront le début d'autres réunions extraordinaires périodiques.

Les démonstrations pratiques sont d'une importance capitale et

nous devons les favoriser. Ne font-elles pas la preuve des explications théoriques ?

Dans les questions de pratique manuelle, l'œil supplée l'oreille, et si je ne craignais pas de soulever un léger nuage le mobile qui me suggère cette réflexion me fera excuser — je dirais que c'est le seul point faible de notre Société odontologique. Néanmoins des améliorations à la dentisterie opératoire y ont été prouvées par M. Barrié ; des perfectionnements scientifiques y sont venus éclore.

Les recherches pour combattre la souffrance font nos préoccupations constantes, elles ont donné lieu à de nouvelles expériences sur l'anesthésie locale — la tropacocaïne — par MM. le Dr Pinet et Viau et ont produit d'excellents résultats. Aussi, pouvons-nous espérer voir disparaître bientôt le dicton trop connu : « menteur comme un arracheur de dents. »

Le tableau des communications et présentations faites pendant l'année vous montrera mieux que les paroles l'importance de nos assises en 1892, mais afin d'éviter une nomenclature par trop aride j'ai pris soin de les grouper sous trois rubriques :

1° clinique ; 2° prothèse ; 3° instruments ; vous pourrez ainsi juger des tendances professionnelles.

CLINIQUE

DENTISTERIE OPÉRATOIRE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DENTAIRE ET MÉDICALE

MM.	
Barrie.	Reconstitution des dents à l'aide de couronnes partielles en or.
Dr Bérillon.	L'hypnotisme et la psychologie de la douleur.
Choquet.	Exostose éburnée du crâne et de la face.
Duvoisin.	Quelles sont les dents à extraire pour obtenir un écartement interdentaire assez régulier ?
Frey.	Des moyens de résistance de la dent contre la carie.
Gillard.	Nouveau mode de fermeture des tubes de chlorure d'éthyle.
Héraud.	Carie de cause professionnelle.
Horay.	Nouveau mode d'emploi de la cocaïne.
Herbst.	Instruments pour polir les obturations.
»	Travail de l'étain.
»	Obturation à l'émail blanc avec du verre pilé.
»	Recouvrement à l'or des obturations.
»	Couronnes en or.
»	Aurification par la méthode rotative.
»	Traitement de la pulpe.
FrancisJean	Perte de neuf dents par traumatisme.
»	Traitement des abcès du sinus.
Joseph.	De la phagocytose.
»	De la périodontite expulsive.
»	Des conditions naturelles du milieu buccal contre les accidents infectieux.
»	Influence de la menstruation sur les accidents d'origine dentaire.
»	Un cas de transplantation.
Legros.	Obturation à l'aide d'émail naturel.
Loup.	Etude sur la dent de sagesse.
Martinier.	Fracture du maxillaire inférieur.
»	Fracture compliquée du maxillaire inférieur.
Mouton.	Les obturations à l'émail.
Paulme.	Reimplantation à la suite d'un traumatisme.
Poinsot.	Relation d'opérations multiples faites simultanément chez un sujet diathésique comme préparation d'une opération générale.
»	Fracture spontanée de dents pathologiques.
»	Nécrose du maxillaire inférieur datant de 20 ans.
Dr Pinet et Viau	Action anesthésiante de la tropacocaïne.
Quincerot.	De la nécessité de roder dans certains cas les surfaces d'articulations.
Rosenbaum.	Un cas de fracture alvéolaire.
Sauvez.	De l'influence de la menstruation sur les accidents d'origine dentaire.
Viau.	Nécrose des maxillaires comme cause de certaines anomalies dentaires.
»	Action anesthésique de la tropacocaïne.

PROTHÈSE
MÉCANIQUE ET APPAREILS

MM.	
Cecconi.	Estampage au moyen de chemises métalliques.
Gillard.	Présentation d'appareils de prothèse immédiate (système Martin).
»	Appareil de prothèse immédiate.
»	La galvanoplastie appliquée aux modèles métalliques destinés à l'estampage.
Herbst.	Email pour gencives artificielles.
»	Travail à pont.
FrancisJean	Nouvel appareil de drainage pour le sinus.
Martinier.	Appareil pour fracture du maxillaire inférieur.
»	Appareil pour fracture compliquée du maxillaire inférieur.
Poinsot.	Observation critique sur le travail à pont.
»	Conservation des modèles au moyen de la galvanoplastie.

INSTRUMENTS ET OUTILLAGE

MM.	
Antoine.	Nouveau crachoir hygiénique.
Chardin.	Démonstration du galvano-cautère dans ses emplois pour la lumière exploratrice et les cautérisations.
Diparraguère.	Un nouveau clamps.
Joliot.	Nouvelle soufflerie pour le chalumeau.
Lewett.	Nouvelle fraise pour préparer les racines.
Rosenbaum.	Lampe à souder de Masson.
Paulme.	Série d'instruments à nettoyer.
Poinsot.	Présentation de daviers de la maison Collin.
Prével.	Appareil à parallélisme pour pivots.
Victor Simon.	Nouveau support pour réflecteur.

Cette longue liste est assez éloquente pour affirmer la vitalité et la situation prospère de notre Société et de notre profession. Du reste, le gouvernement est fixé sur la valeur de notre corporation : la nouvelle loi en est la preuve. Et, puisque, à présent, nous sommes compris dans la grande famille médicale, faisons-lui honneur et serrons les rangs pour collaborer ; apportons ici toutes nos connaissances spéciales et prouvons en un mot que la Société d'Odontologie, artère principale de l'Ecole dentaire de Paris, est un centre professionnel que chacun alimente, dont chacun profite et que notre pays peut être fier de posséder.

Permettez-moi, avant de finir, de vous remercier de nouveau des marques de sympathie que vous m'avez données et de vous informer que, malgré tout l'intérêt que j'ai trouvé à occuper cette place, je suis dans l'obligation d'y renoncer, étant appelé à de nouvelles fonctions à l'Ecole. Vous devrez donc reporter vos suffrages sur un autre confrère.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA CARIE DENTAIRE, SPÉCIALEMENT AU POINT DE VUE DE LA BACTÉRIOLOGIE

Par M. le Dr de Albertis Orazio, de Gênes.

On entend par *carie dentaire* une altération toute spéciale qui n'offre aucune analogie (d'après les auteurs les plus autorisés) avec la carie des os, altération qui s'explique par un ramollissement progressif et la destruction des tissus de la dent, l'*émail* et l'*ivoire*. Le cément et les alvéoles sont épargnés par cette maladie, car les altérations qu'ils présentent sont communes aux os proprement dits (ostéite, nécrose, etc.).

Historique.

La carie dentaire semble avoir une date extrêmement ancienne; cela est prouvé par des documents incontestables transmis avec les restes des dépouilles mortelles des premiers peuples qui habitèrent la terre. Ainsi la mâchoire fossile trouvée à Abbe renferme une dent profondément cariée ; d'autres dents humaines, trouvées avec des ossements dans des cavernes, portent également des signes indubitables de carie dentaire. On a pu préciser que cette affection a pris postérieurement des proportions véritablement gigantesques chez certains peuples voisins de nous. Chez les Egyptiens et les Hébreux : 1° la tradition permet d'assurer l'existence de la carie dentaire et on sait comment cette maladie était guérie par la cautérisation cutanée sur les tempes ; 2° on rencontre, d'une manière certaine, avec quelque fréquence, les dents des momies atteintes des diverses degrés de la carie. Les premières observations de quelque exactitude remontent à l'époque gréco-romaine. Cicéron rapporte qu'Esculape fut l'inventeur d'un instrument pour l'extraction des dents cariées, qui était en plomb — cela paraît prouvé — à cause de son peu de résistance, très probablement seul capable d'avulser des dents branlantes.

Plus tard, Hippocrate, dans ses écrits, parle de la carie dentaire et en donne le traitement au moyen de la cautérisation pratiquée non sur le lieu, mais, suivant l'usage des Egyptiens et des Indiens, en un point différent de la tête, à titre de dérivatif, par exemple sur une oreille, sur l'épaule, sur la joue, etc. D'Hippocrate à Celse, période de silence absolue relativement à cette maladie. Dioclès, élève de l'école de Thios, fut l'adversaire acharné de l'extraction des dents ; il prescrivait pour l'odontalgie des mixtures calmantes prises dans Galien. Héraclide de Tarente et Hérophile rapportent deux cas de mort résultant d'extraction. Dans le siècle d'Auguste, Démocrate, Scribonius et Strabon donnèrent des méthodes de traitement pour calmer les douleurs produites par la carie dentaire et des règles de prophylaxie pour la bouche. Celse se borne à mentionner quelques compositions à appliquer sur la carie et dans la bouche ; ces compositions sont à base de substances résineuses et aromatiques : poivre, opium, safran, soufre, etc. Il conseille aussi les émollients externes et les épispastiques et insiste, en dernier lieu, singulièrement sur le traitement général : diète, repos, abstinence de certains aliments. Quant à l'obturation, attribuée primitivement à Celse, elle semble déjà avoir été en usage chez les Grecs, car des crânes de leur temps présentent des dents obturées avec des feuilles d'or. De l'époque romaine à la Renaissance, nouvelle période de silence absolu. Ce n'est qu'en 1600 que Sprenguel parle brièvement des dents. A partir de cette date, les traités de médecine et de chirurgie d'ordre général et spécial se mirent largement à examiner la question des dents et, avec la carie dentaire, se trouve expliquée sa physio-pathologie d'après les connaissances qu'on possédait sur la constitution des dents elles-mêmes. Ainsi Ambroise Paré, considérant les dents comme des os, ne fait aucune différence entre la carie des uns et des autres.

Ce n'est que dans notre siècle que les anatomistes et les histologistes ont fait connaître, dans de nombreux écrits, la véritable essence anatomo-physiologique des dents, et on peut établir aujourd'hui embryologiquement qu'elles dérivent de deux feuillets blastodermiques (l'externe et le moyen), savoir l'ectoderme et le mésoderme, ou plus exactement pour ce dernier du mésenchyme. Ces recherches récentes sont d'une grande valeur pour l'étude des divers processus morbides qui atteignent les dents. Pour terminer, il est bon de rappeler que les doctrines actuelles relatives à la carie peuvent se résumer en quatre principales : 1° celle qui considère la carie comme une affection vitale et organique ; 2° celle qui considère la carie comme une altération purement chimique ; 3° celle qui considère la carie comme le produit d'une cause, soit interne, soit externe ; 4° celle qui fait dépendre la carie de micro-organismes spéciaux. Nous discuterons en temps opportun, dans le chapitre de la physio-pathologie, ces diverses doctrines.

Anatomie pathologique de la carie dentaire.

Dans la carie dentaire on a l'habitude de distinguer celle qui attaque l'enveloppe de l'émail et l'émail, appelée *carie du premier degré*, puis celle qui, ayant détruit les deux premiers éléments, a attaqué une grande partie de la dentine ou de l'ivoire sans avoir découvert le germe dentaire, appelée *carie du deuxième degré* — enfin la carie profonde ou pénétrante qui, après avoir détruit complètement et jusqu'à un certain point les éléments durs (l'émail et l'ivoire), a mis à nu le germe ou pulpe dentaire, appelée *carie du troisième degré*.

Quant à la première, celle qui doit détruire d'abord l'enveloppe de l'émail, il existe des opinions différentes : ainsi quelques-uns admettent que les éléments acides et bactériologiques ne peuvent en aucune façon lui nuire, car elle a la propriété de résister aux acides concentrés, à la macération et à l'ébullition, et que, par conséquent, la carie du premier degré se borne à pénétrer par où l'enveloppe fait absolument défaut, c'est-à-dire dans les anfractuosités que présente la couronne de la dent. Enfin Endlé, Ficinus et Klenk prétendent que les amas de micro-organismes ont la propriété de sphacéliser la cuticule de Nasmyth. Nous pouvons ajouter à ce propos, en raison de notre longue pratique et de nos observations histologiques, que bien des fois la carie commence sur les faces latérales des dents qui s'étaient présentées auparavant à un examen soigneux tout à fait polies, unies et pourvues certainement de ladite enveloppe. Nous n'admettons pourtant pas avec lesdits auteurs, contrairement à l'école française, que le premier degré de la carie doive agir nécessairement d'abord sur l'enveloppe ensuite sur l'émail.

Examinons, maintenant, les altérations anatomo-pathologiques propres à chaque degré, qui trouvent leur importance dans la symptomatologie et le traitement de la carie.

Le premier degré de la carie s'indique avec les signes physiques suivants. Soit que la maladie ait commencé dans une fissure de la face triturante ou au fond d'une dépression de la dent, c'est-à-dire

sur une des faces antérieure, postérieure, interne et externe de la couronne, on observe distinctement que cette partie de l'émail a perdu de sa transparence en devenant plus ou moins opaque, puis succède une coloration cendrée ou ardoisée, qui va de plus en plus en s'assombrissant. Si on examine au microscope les préparations de ce premier degré, on peut distinguer les altérations histologiques suivantes : les fibres de l'émail, qui, à l'état sain ou normal, sont très peu individualisées, acquièrent pour ainsi dire la disposition embryonnaire, deviennent comme poreuses et granuleuses ; c'est pourquoi l'émail perd sa transparence et devient relativement opaque.

Ce premier degré, ainsi nettement délimité par nous à la suite de nos recherches microscopiques, se trouve assez méconnu et mal compris par les traités les plus réputés, ceux-ci confondant ce premier degré avec les altérations de l'ivoire ou de la dentine qui s'allient mieux au deuxième degré classique. Nous ne parlons pas des altérations de l'enveloppe de Nasmyth parce que, en réalité, il est difficile de toucher l'altération du moment que, à peine attaquée par la maladie, elle tombe complètement en pièces ; j'ai seulement pu constater que la petite cavité de la carie montre à son bord l'enveloppe comme soulevée. En outre des données déjà exposées relativement à ce premier degré d'ordre pour ainsi dire général, on en observe de spéciales ; ainsi, si la carie a un cours rapide, elle semble d'une couleur blanchâtre ; si le cours est lent ou interrompu, on a la variété de la couleur brun sombre. Il est naturel que la cavité atteinte de carie du premier degré soit peu profonde et en proportion de l'épaisseur de l'émail ; pourtant on y trouve tous les éléments qui constituent les facteurs de la carie la plus terrible, comme nous le dirons ci-après.

Les caractères anatomiques de la carie en cours sont les suivants. Ses bords sont irréguliers, évasés, et on voit au microscope, adhérant à ceux-ci, des prismes ou des portions de prismes d'émail plus ou moins altérés,comme nous l'avons dit tout à l'heure, ou même complètement réduits à un fin détritus granulaire. Il ne faut pas oublier dans ce premier degré le phénomène important décrit d'abord par Henlé, puis par Tomes. Nous voulons parler de la *zone* ou du *cône de résistance* qui se trouve sous-jacent à la couche d'émail altéré dans ce premier degré. Cette zone transparente a la forme constante d'un cône dont la base extérieure correspond à l'émail et dont le sommet est dirigé vers la pulpe dentaire. Ce cône se distingue par une couleur blanchâtre due à l'oblitération des canalicules dentaires de l'ivoire. La production de ce cône se fait donc de la périphérie au centre, d'où résulte que la zône à cône transparent est concomitante à l'invasion de la carie du second degré, ou plutôt, pour mieux dire, la précède quelque peu, de sorte que cette zône serait chargée du rôle d'opposer une résistance quelconque au processus destructeur de la carie elle-même. Tomes et Owen ont étudié ce phénomène et ont pu établir qu'il dépend d'un processus d'irritation agissant sur la pulpe de la dent au moyen des canalicules dentaires (agents chimiques et micro-organismes?) par suite duquel la pulpe elle-même acquiert une plus

grande activité fonctionnelle et conséquemment produit un excès de substance; celle-ci pénètre dans les canalicules et les remplit plus ou moins complètement, ce qui rend l'ivoire plus compact et plus uniforme, phénomène qui, d'après Gerdy, rappelle très bien le mécanisme de l'ostéite condensante. Cette nouvelle substance qui va constituer la zône ou le cône transparent est appelée improprement *dentine secondaire*; nous disons volontiers improprement parce que en réalité il ne se forme pas là de dentine secondaire, mais seulement une condensation du contenu des canalicules dentaires. Il se produit, au contraire, réellement de la dentine secondaire quand, aux phénomènes de la zone transparente mentionnés, s'ajoutent ceux de la véritable formation de nouveaux canalicules dentaires, qui se forment aux dépens du volume de la pulpe ou germe dentaire, lequel va en s'atrophiant peu à peu, de sorte qu'à sa place se superpose une couche plus ou moins épaisse d'ivoire condensé comme celui de la zone transparente. Ce cône transparent et cette dentine de nouvelle formation triomphent parfois de la carie elle-même, de sorte qu'elle s'arrête à son début, se réduisant à l'état connu vulgairement sous le nom de *carie sèche*. Cependant ce cône de résistance avec la production de dentine secondaire ne se forme pas dans tous les cas de carie dentaire; alors on observe une invasion plus rapide et plus directe de la carie au deuxième et au troisième degré.

Deuxième degré ou *carie moyenne.*

Cette deuxième période de la carie, caractérisée par une cavité qui pénètre dans l'ivoire, sans découvrir le germe dentaire, peut avoir un orifice externe très étroit, dû à la forte résistance de l'émail, tandis que l'ivoire sous-jacent peut se trouver détruit beaucoup plus largement, la cavité prenant une forme variée, la plupart du temps sphéroïdale cylindrique. Quelquefois l'émail, à l'exception d'une ouverture imperceptible, se montre intact en apparence, et c'est ce qui a peut-être fait croire quelques-uns à une *carie interne*, qui est absolument niée par les plus scrupuleux observateurs. Si, dans la plus grande partie des cas, cette cavité a une forme sphéroïdale et cylindrique, elle peut avoir aussi d'autres formes, particulièrement quand la carie n'a pas attaqué les fentes ou les anfractuosités de la face triturante des dents, mais bien une des quatre faces latérales. Dans ce dernier cas, la cavité se montre peut-être plus large à l'extérieur qu'elle ne l'est à l'intérieur; en revanche, si une carie vient à se développer quand une dent est pourvue d'un anneau métallique introduit dans la bouche en vue de la prothèse, on observe une forme spéciale de cavité circulaire, en ruban autour du collet de la dent. Cette forme caractéristique de carie dentaire n'est pas seulement corrélative des appareils de prothèse, mais elle s'observe encore pendant le cours des maladies infectieuses qui ont produit secondairement de la gingivite aiguë ou chronique. Dans ce dernier cas, le processus de la carie peut être assez insidieux pour réussir à user complètement la couronne d'une ou de plusieurs dents en laissant dans les alvéoles la racine seule; avec celle-ci qui résulte des appareils de prothèse on

peut beaucoup plus facilement arrêter l'issue finale si l'on a recours à la compression, c'est-à-dire à l'accumulation de principes délétères au collet de la dent. Dans ce cas on peut obtenir la guérison spéciale et il reste une véritable érosion de l'émail et de l'ivoire. Etudiée à l'œil nu, cette cavité du deuxième degré se présente de couleur blanchâtre ou légèrement jaunâtre, quelquefois sombre ; si l'on cherche à la gratter, il s'en détache facilement des détritus et puis de la dentine ramollie et à peu près semblable à celle qui a été décalcifiée avec l'acide chlorhydrique. En l'examinant au microscope, on peut constater que les canalicules de l'ivoire ont pris l'aspect et le contour des cellules embryonnaires de la dentine et, si l'on réussit à pratiquer des sections transversales des canalicules dentaires ainsi altérés, on remarque que la préparation est formée d'un certain nombre de tubes unis entre eux par une substance intermédiaire. C'est Neumann qui étudia, le premier, cette altération visible au microscope (*dentinal sheath*). Ces tubes restent ultérieurement isolés et puis complètement désagrégés en granules très fins, transportés par la salive. Une pareille altération de l'ivoire a la forme, la direction de la zône de transparence déjà décrite : ce qui signifie que les principes délétères (chimiques ou bactériologiques) ont une action dissolvante avant tout de la substance qui revêt les parois des tubes et puis des tubes eux-mêmes qui, suivant Neumann, ont un pouvoir de résistance relativement fort. Pour être plus clair, on peut dire que, avec le processus morbide, les canalicules dentaires, en perdant la résistance latérale par la dissolution de la substance fondamentale, se dilatent davantage en acquérant la conformation primitive et embryonnaire. Un examen soigneux de la partie pulpeuse contenue dans la cavité de la carie du deuxième degré constate d'autres éléments morphologiques ; c'est ainsi, par exemple, qu'on rencontre facilement : 1° des cellules épithéliales des parois buccales ; 2° des principes des substances alimentaires ; 3° des leucocytes ; 4° des microorganismes. Dans tous ces principes déposés il est facile de penser comment ce deuxième degré de carie a une odeur *sui generis*, qui se distingue facilement de celles provenant des maladies ou de la bouche ou du pharynx ou des voies respiratoires.

Troisième degré de la carie ou *carie profonde et pénétrante.*

Lorsque toute l'épaisseur de l'ivoire est ramollie par le processus de la carie, la pulpe de la dent se trouve mise à nu. L'orifice central de la cavité, c'est-à-dire celui qui correspond au germe dentaire, peut être plus ou moins large ; quelquefois il est si étroit qu'il reste difficilement accessible à la sonde la plus fine, et on peut présumer que la pulpe est venue en contact avec des agents hétérogènes, par la symptomatologie qui en résulte. Quelquefois, au lieu d'un seul orifice communiquant avec la cavité de la dent, il peut y en avoir deux ou trois, comme lorsque le germe dentaire tombe sous l'influence d'agents extérieurs, subit des phénomènes d'inflammation de degrés différents par suite desquels la pulpe elle-même s'altère de diverses manières ; c'est ainsi que quelquefois, à l'exception d'une pénétra-

tion périphérique limitée, le reste de la pulpe est de volume et de consistance normale. D'autres fois, et cela arrive quand l'orifice interne de la carie est large, on observe le processus ultérieur particulier de l'inflammation, c'est-à-dire les exsudats — corpuscules blancs, globules rouges, etc. — quand les globules ont la prépondérance, il se forme comme de petits foyers d'hémorragie, qui, à une époque un peu plus éloignée, se montrent à l'œil nu comme de petits foyers noirâtres déposés sur le tissu fortement rougi. A l'exsudat purulent on comprend que doit succéder la destruction partielle ou totale de la pulpe, ou plutôt le plus souvent le sphacèle total de celle-ci, et en très peu de temps, comme nous le dirons plus loin.

Quelquefois cependant la pulpe résiste au processus, parce qu'il a une marche lente ou intermittente ; dans ce cas le processus irritant et inflammatoire lui-même acquiert ou mieux fait acquérir aux cellules odontoblastiques qui se trouvent au contact de la pulpe le pouvoir de refaire (comme nous l'avons déjà dit plus haut) de nouvelles couches de dentine secondaire, qui, si elles sont distribuées un peu régulièrement, peuvent aider à arrêter l'issue pernicieuse de la carie, tandis que quelquefois, en se constituant en petits morceaux de dentine irrégulièrement disséminés sur la pulpe guérie, elles peuvent plus tard être les facteurs de névralgies et de névrites secondaires. Dans d'autres cas sortent de la pulpe elle-même, profondément altérée, des tissus conjonctifs de nouvelle formation, qui se limitent à la seule cavité, c'est-à-dire qui, en la dépassant, envahissent le périoste alvéolo-dentaire en revêtant une forme et un volume variables.

Etiologie de la carie dentaire.

Les causes productrices de la carie dentaire sont de deux sortes : 1° anatomiques prédisposantes ; 2° constitutionnelles diverses.

Les premières existent toutes les fois que les éléments constitutifs de la couronne et du collet s'écartent de ce qui est normal. Et pourtant les exemples d'une dentition anatomiquement parfaite sont rares ; l'hérédité et les maladies multiples qui se transmettent du père au fils, les conditions sociales, peuvent causer des arrêts indélébiles de développement des parties composant les dents elles-mêmes, et ces arrêts de développement sont tantôt visibles à l'examen superficiel, tantôt profonds et invisibles à l'œil nu. Dans le premier cas, la couronne des dents, au lieu d'être brillante, unie et polie, est altérée par la présence de sillons et de petites excavations irrégulières et se trouve singulièrement diminuée de volume. Les incisives sont généralement les plus minces et très serrées, tandis que les canines et les élévations des bicuspides et des molaires se trouvent très pointues. Avec le microscope on peut constater que les tissus sont défectueux non-seulement en quantité, mais aussi en qualité, et que l'émail et l'ivoire ne sont pas complètement développés. Les éléments du premier ne sont pas coordonnés et le tissu paraît poreux, jaunâtre, opaque et fragile, et dans l'ivoire les tubes dentaires manquent d'uniformité et de volume. Ainsi il semble que ces atrophies de l'émail et de l'ivoire, indépendamment de ce qu'elles se présentent avec des

caractères irréguliers et difformes quant à l'aspect extérieur, en présentent également d'autres, visibles seulement au microscope. L'explication de ces altérations congénitales est celle de l'évolution folliculaire, parce que c'est une loi fondamentale de la dentition temporaire et permanente que les organes dentaires, au moment de leur éruption, présentent la forme et le volume qu'ils conservent dans la suite. Ces altérations profondes de l'ivoire, visibles seulement au microscope, ne doivent pas faire oublier les nombreux espaces interglobulaires de Czermak, qui parfois se trouvent épars dans l'ivoire vers la surface des tubes ou des canalicules dentaires. Czermak découvrit ces espaces dans l'ivoire des racines; c'est pourquoi ils ne doivent avoir aucune importance quant à la carie, puisqu'on sait que la carie n'attaque jamais les racines. Mais plus tard Rainie trouva que ces espaces peuvent se rencontrer dans l'ivoire de la couronne et qu'ils sont dûs à un défaut dans la calcification des canalicules dentaires. L'existence de ces espaces interglobulaires constitue une grande porosité du tissu ; c'est pour cela que, une fois que la carie les envahit, le processus destructeur marche assez rapidement.

Les atrophies congénitales dues à des maladies concomitantes à l'éruption des dents doivent se produire simultanément dans toutes les dents qui se forment à ce moment ; c'est ce qu'on a pu établir en voyant constamment comment les altérations en cours frappent les dents homologues qui sortent à des époques spéciales, qu'il s'agisse de dents temporaires ou de dents permanentes. Ainsi on observe communément que deux grosses molaires ou deux incisives homologues du même maxillaire présentent les mêmes sillons, les mêmes anfractuosités, les mêmes enfoncements et le même degré de carie. De même on a comparé les points d'élection de la carie avec les époques de la vie dans lesquelles surviennent les atrophies en cours : c'est ainsi qu'on a pu établir que deux époques essentielles prédisposent le nouvel individu à la carie et celle-ci, à son tour, choisit ses points de siège. La première est l'époque fœtale, de sorte que la santé de la mère ou celle du fœtus ou de l'embryon a une répercussion sur les altérations des dents caduques. La seconde est celle de l'enfance, qui correspond à la formation des dents permanentes. Dans cette période de la vie les maladies infectieuses se succèdent, d'où, par homologie, la prédisposition à la carie. Avec l'étude comparative sur l'élection de la carie on a pu affirmer que la carie de la première époque, c'est-à-dire de la période des dents temporaires, atteint de préférence les dents de l'arcade supérieure, et dans la seconde époque ou époque de l'éruption des dents permanentes elles sont encore atteintes de préférence ; toutefois pour cette seconde époque il y a une différence en ce sens que les première et deuxième molaires inférieures sont atteintes plus facilement que celles de l'arcade supérieure. Quant à l'âge auquel on observe plus facilement l'invasion de la carie, on peut admettre que c'est de 3 à 12 ans ; une autre période prédisposant à la carie est également celle de 50 à 60 ans.

Les lésions congénitales dont nous avons fait mention ne sont pas les seules prédisposant à la carie ; il y en a d'autres d'un caractère

général non moins importantes. L'hérédité, la race, la constitution et la diathèse peuvent constituer autant de causes prédisposantes à la carie dentaire. Si les premières constituent, comme nous l'avons vu, les causes anatomiques, ces dernières sont les causes constitutionnelles prédisposantes. Pour l'hérédité il est démontré d'une manière évidente que, dans certaines familles, c'est une maladie fréquente et habituelle; cette transmissibilité paraît due à toutes les irrégularités mentionnées (atrophie de l'émail et de l'ivoire, espaces interglobulaires de ce dernier, etc.) qui se reproduisent dans les générations successives, à l'égal des autres caractères physiques des dents, forme, couleur, volume et nombre. Quant à la prédisposition de race, on sait que la race noire, comme l'arabe par exemple, est fournie de dents résistantes, très blanches et presque exemptes de carie La race caucasique est fortement prédestinée à la maladie tandis que la race mongolique tient le milieu. Enfin les races croisées ou métis sont toujours plus atteintes de la carie que celles qui se sont conservées à l'état originel. Chez les peuples autochtones d'Europe, la carie dentaire était certainement moins fréquente qu'elle ne l'était à une époque plus voisine dans laquelle le croisement a détruit cette marque spéciale, typique de chaque famille: cela est démontré à l'évidence dans les musées d'anthropologie et nous, pour notre compte, nous pouvons confirmer l'affirmation par un exemple récent. Nous voulons dire la découverte faite récemment, dans les fouilles pour la construction de la nouvelle polyclinique de Gênes, d'environ 30 squelettes humains, remontant certainement à quatre ou cinq siècles ; dans les crânes recueillis par nous il est prouvé de toute évidence, avec tous les caractères particuliers de la race ligure, que la dentition de ces crânes est très correcte quant à la forme, la robustesse et la couleur et que la carie s'y rencontre en très petit nombre ; la face triturante des molaires est très usée. Autrefois on invoquait comme cause de la carie limitée aux centres spéciaux de population le voisinage de la mer, d'un fleuve ou l'usage de certaines eaux ; cela a été constaté par les brillantes recherches de Magitot. En séparant de l'hérédité et de la race cette cause pathogénétique de la carie, on a invoqué la constitution individuelle. Il n'y a pas besoin de démontrer comment une constitution robuste implique la robustesse harmonique des diverses parties de l'organisme; de même, des dents pourvues d'une couche non interrompue d'émail et d'une épaisseur égale, ainsi que d'une dentine dans laquelle les cellules ont perdu complètement leur individualité, constituant un tissu compact partout, devraient opposer une résistance très forte aux facteurs de la carie. En revanche, une constitution faible, délicate entraîne avec elle une prédisposition à la carie. Si une constitution débile par elle-même est une cause prédisposant à la carie, à plus forte raison celle d'individus atteints congénitalement de maladies chroniques et diathésiques, telles que le rachitisme, le lymphatisme, le rhumatisme, la syphilis, etc... le sera-t-elle ?

La syphilis héréditaire, en particulier, produit des effets pernicieux sur les dents permanentes. Les dents des syphilitiques ont une teinte

sombre avec un aspect opaque, sont petites relativement au volume des maxillaires, sont séparées l'une de l'autre par des intervalles (le diasthème pathologique), ont la forme de cônes tronqués et excavés sur la couronne et même sur le bord tranchant si la maladie a frappé les incisives ; elles présentent, en outre, d'autres atrophies de l'émail et une faible résistance dans l'union de l'ivoire.

Indépendamment des causes anatomiques et constitutionnelles ci-dessus mentionnées, nous avons encore les causes accidentelles, c'est-à-dire les traumatismes qui comprennent les fêlures, les luxations, les fractures des dents et l'usure dépendant en partie de l'articulation des dents et du mode d'alimentation. Ainsi des recherches ethnologiques sur les crânes des époques primitives, il résulte que l'usure des dents est très prononcée. Mais si les traumatismes accidentels peuvent tant prédisposer à la carie, parce qu'ils constituent moins de résistance à l'action morbide, nous ne pouvons admettre qu'il en soit ainsi pour l'érosion. Pour notre part, dans l'érosion véritable produite par la trituration des aliments nous avons presque toujours observé une surface polie et unie, et peut-être favorable à la conservation des dents en ce sens que ces anfractuosités *intertuberculaires* de la couronne, qui, le plus souvent, ne sont que des réceptacles pour les principes morbigènes, s'y trouvent supprimées.

Parmi les causes constitutionnelles prédisposantes, nous citerons aussi les modifications accidentelles et les modifications morbides de la salive. Les premières peuvent provenir : 1° de fermentations particulières de la salive ; 2° de principes introduits dans la bouche à action directe ou à composition fixe. Aux premières appartiennent particulièrement les fermentations lactique et butyrique, et, d'une manière secondaire, les fermentations succinique, valérique, priopo-nique du sucre, pectique des fruits, acétique des glucoses et de l'alcool. La fermentation en elle-même, considérée comme cause de la carie, a été discutée dans ces derniers temps d'une manière tout à fait nouvelle dont M. Pasteur est le promoteur. Nous en parlerons plus au long dans le chapitre de la physio-pathologie de la carie. Les substances introduites dans la salive et qui peuvent compromettre les dents proviennent de certains aliments ou de certains médicaments. Les aliments nocifs sont ceux qui contiennent des acides organiques, par exemple les acides acétique, citrique, malique, etc. C'est au moyen de ces agents chimiques qu'on explique la carie habituelle de certains peuples et de certaines espèces d'animaux qui se nourrissent exclusivement de fruits. Parmi les animaux on remarque le gorille et certaines espèces de singes frugivores. Les substances médicales nuisibles aux dents sont en général les acides minéraux, l'alun, le perchlorure de fer, le nitrate d'argent.

Les modifications pathologiques de la salive peuvent se distinguer en : 1° celles dépendant des maladies de la muqueuse buccale et pharyngienne ; 2° celles dépendant d'affections générales aiguës ; 3° celles dépendant d'affections générales chroniques. Parmi les premières on remarque la stomatite, l'amygdalite, la pharyngite à l'état aigu ou chronique. Dans les deuxièmes on comprend spécialement

les maladies infectieuses et en particulier le typhus iliaque, parce que, pendant son cours, si l'on ne recourt pas à une prophylaxie buccale incessante et soigneuse, il se produit des processus nombreux de carie dont résulte bien des fois la perte d'une ou de plusieurs dents. Les affections chroniques ont une influence non moins contestée sur la production de la carie dentaire, notamment celles qui affectent l'appareil digestif. Enfin nous devons rappeler que la gestation et l'allaitement, quoique fonctions physiologiques, ont un contre-coup pernicieux sur la dentition, et cela a été reconnu dans tous les temps.

Les considérations précédentes démontrent donc comment la carie dentaire résulte d'une altération purement chimique, qui s'exerce spécialement sur l'émail et l'ivoire. Or, si ce principe est juste, le même fait devrait arriver quand on soumet à l'action des principes chimiques susmentionnés les dents saines de l'homme et des animaux. Et c'est en fait ce que Magitot et autres ont pu démontrer magnifiquement dans leurs diverses recherches de laboratoire. Mais en faisant abstraction de cela, il arrive souvent au dentiste éclairé de voir une carie artificielle se reproduire sur des dents humaines usées par la prothèse ou sur l'ivoire de l'hippopotame sculpté comme dentier. Nous ne voulons pas à ce propos passer sous silence les expériences d'une illustration italienne, le professeur Mantegazza, qui a démontré à l'Institut de pathologie générale de Pavie l'action pernicieuse du sucre sur les dents, non comme sucre, mais par ses transformations en ferments acides au contact de la salive.

Des expériences de Magitot et Mantegazza on peut déduire les conclusions suivantes :

1° Les agents qui altèrent l'ensemble des tissus dentaires sont les acides lactique, butyrique, nitrique, malique, le cidre, l'acide carbonique, le principe de putréfaction de l'albumine et des substances albumineuses ;

2° Les agents qui attaquent uniquement l'émail, sont l'alun, l'acide oxalique et les oxalates acides ;

3° Les agents qui agissent spécialement sur l'ivoire et sur l'os sont les acides acétique, tartrique, tannique ;

4° Les agents qui sont neutres et qui ne lèsent nullement la structure dentaire sont le chlorure de sodium, et tous les autres acides à action neutre ou alcaline.

(A suivre.)

(Giornale di Corrispondenza pei Dentisti)

UN CAS D'HÉMORRAGIE ALVÉOLAIRE

Par M. M. Riva.

Le 4 juin vint à notre clinique odontologique, à Sarragosse, accompagnée de l'éminent otologiste Dr Joseph Pérez, une dame âgée de 65 ans, présentant une violente hémorragie alvéolaire sans lésion anatomique apparente.

La patiente est de tempérament sanguin, robuste et bien conservée.

A ce moment, à cause de son inquiétude et de la grande quantité de sang perdue, son esprit était quelque peu abattu.

J'appris en l'interrogeant que, dans la nuit du 3 au 4, le sang avait commencé à couler par la bouche sans que la malade pût préciser approximativement la quantité de sang perdue, mais seulement que la perte avait duré deux heures environ. Le 4, celle-ci recommença et la patiente s'adressa alors au Dr Pérez qui me la conduisit et m'avertit que la quantité de sang perdue dans ce deuxième accès pouvait s'évaluer à trois ou quatre litres.

A l'examen de la cavité buccale, je constatai tout d'abord que de la gencive correspondant à la 2e bicuspide ou petite molaire droite et à la 1re grosse molaire s'échappait en abondance une grande quantité de sang, et que toutes les dents de ce côté de la bouche étaient en bon état et sans aucune trace de carie.

La patiente déclara que l'hémorragie était survenue sans douleur et que ces dents-là ne lui avaient jamais fait mal.

La couleur du sang était extrêmement rouge et nous ne doutâmes pas un moment qu'il ne provînt de la rupture d'une artère ; c'est pourquoi nous conseillâmes l'extraction de la bicuspide et de la première grosse molaire pour pouvoir appliquer au fond de ces alvéoles un tampon de ouate trempé dans le perchlorure de fer et, si cela ne suffisait pas pour arrêter l'hémorragie, la cautérisation du fond des alvéoles avec le thermo-cautère Paquelin.

Cette proposition parut convenir non seulement à la patiente, mais encore au docteur qui l'accompagnait. Je procédai donc à l'extraction de la 1re grosse molaire, opération qui se fit avec une facilité extrême et sans grande souffrance puisque la patiente ne se plaignit même pas, et immédiatement après l'extraction de la bicuspide ; mais cette fois la malade éprouva une grande douleur et nous rencontrâmes quelque difficulté dans l'avulsion.

En examinant les dents enlevées, je constatai que la 1re grosse molaire était complètement saine et que la bicuspide était affectée à la pointe de sa racine d'une grande exostose dont la proéminence pouvait se comparer au volume d'un pois chiche. Cette protubérance était inclinée vers la partie interne ou palatine, formant avec le collet de la dent et la couronne un angle de plus de 90 degrés, et il est aisé de comprendre que cette excroissance osseuse rendait l'avulsion notablement difficile.

Dans cet état le sang continuait de sortir, mais en plus grande abondance, par l'alvéole correspondant à la bicuspide. Nous plaçâmes sur-le-champ un tampon de ouate imbibé de perchlorure de fer dans chacun des alvéoles et immédiatement le sang cessa de couler.

Maintenant, à quelle cause attribuer l'hémorragie dans ce cas ? Sans aucun doute à l'action mécanique que l'exostose de la bicuspide exerçait sur la paroi alvéolaire palatine, et soit à cause de sa propre force d'expansion, soit par suite d'un mouvement brusque de latéralité (quoique imperceptible pour la patiente) intervenu pendant la mastication ou tout autre acte, sur la couronne de la dent atteinte. La conséquence fut la rupture de la cloison osseuse alvéolaire interne et,

par suite, le déchirement ou la section de l'artère palatine médiane.

Nous publions ce cas de clinique non pas parce qu'il enseigne quelque chose d'extraordinaire, mais parce qu'il est le premier de ce genre qui se soit présenté dans notre cabinet pendant nos longues années de pratique. (*El Progreso dental.*)

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 22 novembre 1892

Présidence de Mr Poinsot, président-honoraire.

Sont présents : MM. Bertrand, Billebaut, Billet, Bonnard, Denis, Gillard, Gravollet, Francis Jean, Quincerot et Tusseau.

M. Viau s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. Tusseau donne lecture de la correspondance :

1° Lettre relative à une souscription en l'honneur du 70e aniversaire de M. Pasteur ;

2° Lettre par laquelle M. Peter, élève, demeurant à Chatou, demande à être considéré comme élève de province. Le Conseil ne fait pas droit à cette demande ;

3° Lettre de M. Wilbert retirant sa demande d'inscription comme élève, pour des raisons personnelles ;

4° Lettre de M. Godon demandant à prendre copie du règlement intérieur de l'Ecole dont il doit être donné lecture à l'assemblé générale prochaine. Autorisation accordée ;

5° Lettre de M. Blondel, D. E. D. P, de Bar-le-Duc, contenant une souscription de cent francs. Le Conseil lui adresse ses remerciements.

Demandes d'admission.

Dans l'Association et la société civile de l'Ecole :

M. Pitou, présenté par MM. Francis Jean et Lemerle;

M. Hélot, présenté par MM. Bertrand et Gravollet.

Admissions.

M. Frey, chargé de cours à l'Ecole, présenté par MM. Lemerle et Denis;

M. Guillemin, D. E. D. P, présenté par MM. Denis et Touchard,

M. Francq, D. E. D. P, présenté par MM. Francis Jean et Lemerle.

M. Contard, D. E. D. P, présenté par MM. Francis Jean et Lemerle.

Séance d'inauguration.

M. Poinsot rappelle le succès croissant de cette séance annuelle.

M. Billebaut, au nom de la commission des fêtes, rend compte des dépenses qui s'élèvent à 982 fr. 55.

Le Conseil ratifie le travail de la commission et lui adresse ses remerciements.

M Francis Jean signale l'écho de cette soirée dans un grand nombre de journaux parisiens.

M. Bertrand présente une demande d'admission de M. le docteur Bellancontre comme médecin de service à l'Ecole. Le Conseil accepte cette admission.

M. Tusseau propose l'impression des affiches concernant l'Ecole et propose d'en fixer le tirage à cent exemplaires. Adopté.

Au nom de *M. Viau*, il donne lecture du rapport financier annuel qui sera présenté à l'assemblée générale. Ce rapport est approuvé.

Ensuite il est donné communication du projet de budget pour l'exercice 92-93.

Le Conseil accepte ce projet et adresse ses remerciements à M. Viau, trésorier, pour le dévouement avec lequel il a accompli sa tâche.

M. Lemerle propose l'adoption d'un insigne pour les élèves afin de permettre aux professeurs de les distinguer au point de vue de leur scolarité.

M. Tusseau invite le conseil à fixer à 10 heures le moment du vote à l'assemblée générale prochaine. Adopté.

M. Bonnard donne lecture de deux procès-verbaux, celui de la séance du 29 octobre 1892, qui est adopté après observations de *M. Tusseau*, et celui du 8 novembre, qui est adopté également après observations de MM. *Tusseau, Touchard* et *Gillard*.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire correspondant,
Francis JEAN.

Séance du mardi 28 novembre 1892.

Présidence de M. POINSOT, doyen d'âge.

Sont présents : MM. Barrié, Bertrand, Billet, Billebaut, Bonnard, Denis, Gillard, Gravollet, Horay, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Paulme, Quincerot, Sauvez, Touchard, Tusseau, Viau.

L'ordre du jour porte : 1° nomination du bureau; 2° nomination des diverses commissions; 3° approbation des diverses mesures prises par l'ancien Conseil de Direction.

Sur la proposition de M. Tusseau, MM. le Dr Aubeau, Chrétien, Dubray père, Dugit père, A. Dugit, Gardenat, Pillette et Wiesner, membres honoraires du Conseil de l'Association générale des dentistes de France, sont nommés membres honoraires du Conseil de la Société de l'Ecole et Dispensaire de Paris.

Le Conseil procède ensuite à l'élection de son bureau.

M. Tusseau donne lecture d'une lettre de M. F. Jean s'excusant de ne pouvoir assister à la séance et déclarant ne pouvoir accepter de nouveau les fonctions de secrétaire des séances. L'élection du bureau a lieu ensuite au scrutin secret.

Votants, 19 ; majorité, 10.

Ont obtenu :

Président : MM. Poinsot, 15 voix ; Viau, 3 ; Gillard, 1.

1er *Vice-Président :* MM. Gillard, 12 ; Lemerle, 3 ; Jean, 3 ; Viau, 1.

2e *Vice-Président :* MM. Lemerle, 12 ; Touchard, 2 ; Gillard, 2 ; Tusseau, 1 ; Bonnard, 1 ; Jean, 1.

Secrétaire général : MM. Tusseau, 17 ; Touchard, 1 ; Martinier, 1.

Secrétaire des séances : MM. F. Jean, 9 ; Bonnard, 4 ; Martinier, 3.

Trésorier : MM. Viau, 17 ; Billet, 1 ; Sauvez, 1 ; Löwenthal, 1.

Bibliothécaire : M. Thomas, 19.

Conservateur du Musée : MM. Löwenthal, 13 ; Lemerle, 4 ; Billet, 1 ; Bonnard, 1.

En conséquence sont nommés :

Président : M. Poinsot.
1er *Vice-Président :* M. Gillard.
2e *Vice-Président :* M. Lemerle.
Secrétaire général : M. Tusseau.
Trésorier : M. Viau.
Bibliothécaire : M. Thomas.
Conserv. du Musée : M. Löwenthal.

Il y a lieu de procéder à un deuxième tour de scrutin pour l'élection du secrétaire des séances.

M. Bonnard déclare se désister et prie ses collègues de vouloir bien reporter leur voix sur M. Martinier.

Résultat du deuxième tour.

Ont obtenu : MM. Martinier, 15 voix ; Bonnard 2.

M. Martinier est élu.

L'élection des fonctionnaires a lieu ensuite et donne les résultats suivants :

Directeur de l'Ecole : M. Poinsot, 16 voix.
Directeur-adjoint : M. Gillard, 15 »
Sous-bibliothécaire : M. Sauvez, 17 »
Econome : M. Lemerle, 17 »

M. Tusseau rappelle ensuite que, dans le règlement intérieur adopté par le Conseil précédent, on avait arrêté le principe de quatre grandes commissions :

Commission des Examens ;
» de l'Enseignement ;
» des Finances et de revision des comptes des Fêtes.

Le Conseil ayant adopté cette proposition, il est procédé à l'élection des membres de ces commissions qui sont ainsi composées.

Commission d'Enseignement : MM. Poinsot, Gillard, Viau, Lemerle, Thomas.

Commission des Examens : MM. Denis, Francis Jean, Barrié, Horay, Sauvez.

Commission des Finances : MM. Tusseau, Viau, Martinier, Bertrand, Gillard, Billet.

Sur la proposition de M. Martinier, le Conseil décide la suppression de la commission des Fêtes et la nomination de trois délégués du Conseil qui seront chargés de l'organisation des Fêtes.

MM. Paulme, Billebaut et Bertrand sont nommés.

M. Gillard propose ensuite au Conseil de vouloir bien adopter l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil de direction de la Société de l'Ecole et du Dispensaire de Paris, élu en conformité des articles 2, 3 et 14 des statuts par l'assemblée générale du 26 novembre courant, approuve la conduite du Conseil de direction précédent, ayant agi comme Conseil de Direction de la Société civile, et déclare formellement reprendre aujourd'hui, en tant que de besoin, toutes les mesures prises par ledit Conseil, notamment celles votées aux séances des 26 juillet, 2 et 22 août 1892. »

L'ordre du jour proposé par M. Gillard est adopté à l'unanimité.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Poinsot, Gillard et Tusseau, et sur la proposition de ce dernier, le Conseil décide :

1° L'impression immédiate du règlement intérieur ;

2° L'envoi dudit règlement aux membres de la Société en les priant d'adresser au secrétariat les modifications qu'ils proposent avant le 15 décembre ;

3° La date de la réunion de l'Assemblée générale est fixée au samedi 17 décembre.

M. le secrétaire général donne ensuite lecture d'une lettre de M. Loup, réclamant la communication qu'il a faite au Conseil au mois de juillet dernier, et qui avait été envoyée à la Commission d'enseignement.

Le Conseil fait droit à sa demande.

Lettre de M. Elcus, déclarant avoir remis aux employés de l'Ecole des livres appartenant à la bibliothèque et dont il était le détenteur.

Le Conseil décide l'envoi de son diplôme audit élève.

Lettre de M. Dufour, de Bordeaux, demandant son admission en 3ᵉ année.

M. le secrétaire général est chargé de lui répondre, pour l'informer

qu'il sera fait droit à sa demande, s'il peut justifier de s'être occupé d'art dentaire pendant 3 années.

Demande adressée au Conseil par M. Vallée, bibliothécaire, concernant une réédition de l'ouvrage bibliographique du Dr David. Après discussion à laquelle prennent part MM. Gillard, Poinsot, Sauvez, Touchard et Tusseau, le Conseil déclare qu'il est tout disposé à prêter son appui moral à cette réédition.

Proposition de M Vacher, ayant pour objet de changer les jours de réunion des deux Sociétés odontologiques. Renvoyé à la Commission d'enseignement.

Adoption d'une proposition concernant l'impression du programme des cours dans les mêmes conditions qu'il y a deux ans.

Adoption d'une proposition ayant pour objet le tirage à part des discours prononcés à la séance de réouverture des cours.

Le Conseil approuve les punitions infligées à deux élèves de l'Ecole par M. Gillard.

Sont admissibles comme démonstrateurs à l'Ecole : MM. Arnold Aron, Choquet. Joseph Legros. M. Mouton, préparateur. M. Damourette est admis en 1re année à l'Ecole.

M. Touchard annonce son prochain départ pour l'Angleterre.

Le Conseil décide que l'Ecole participera par une subvention à la mission de M. Touchard.

La séance est levée à minuit 20.

Séance du 20 décembre 1892.

Présidence de M. Poinsot.

Sont présents : MM. Barrié, Bertrand, Billebaut, Bonnard, Denis, Gravollet, F. Jean, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Paulme, Quincerot, Sauvez, Touchard, Tusseau et Viau.

L'ordre du jour de la séance porte :

Lecture des procès-verbaux, correspondance.

Admissions.

Rapport de la Commission d'enseignement.

Propositions diverses.

Les procès-verbaux des séances des 22 et 28 novembre sont adoptés après rectifications de MM. F. Jean et Bonnard.

La date de la réunion générale est remise au mardi 27 décembre.

M. Tusseau donne lecture de la correspondance :

Lettre de Mme Dalle qui, en qualité de sage-femme, demande son admission en 2e année. Refus.

Lettre de MM. Adnot, Héraud et Mouton posant leur candidature au poste de démonstrateur.

Lettre de M. Weber, remerciant le Conseil pour la bourse accordée à son fils par l'Ecole pour l'année scolaire 1892-1893.

Lettre de M. Maurice, demandant une bourse à l'Ecole.

Lettre de M. Lecaudey, demandant au Conseil de vouloir bien faire paraître dans l'*Odontologie* une rectification concernant M. Crignier, directeur de l'Ecole Odontotechnique. Le Conseil fait droit à sa demande.

Lettre de M. Bonnard demandant une rectification dans l'*Odontologie* concernant l'oubli commis par le secrétaire général de mentionner dans son rapport la médaille décernée par le Conseil de Direction à M. Martial-Lagrange.

Après discussion à ce sujet à laquelle prennent part MM. Tusseau, Bonnard, Touchard, Francis Jean, le Conseil décide qu'une rectification sera faite dans ce sens.

Lettre de M. le Dr Aubeau, remerciant le Conseil de la médaille qui lui a été décernée à la séance d'inauguration.

Lettre de M. Ribard père, du Havre, donnant sa démission de membre de l'Association générale.

Lettre de M. Cornet, d'Agen, qui, pour des raisons de santé, donne sa démission de membre de l'Association générale.

Lettre du Dr Mession, adressant au Conseil des certificats constatant qu'il exerce l'art dentaire depuis plusieurs années et qui demande à entrer en 3e année.

Lettre de Mme Veuve Hirsch qui demande au Conseil l'autorisation pour son fils de continuer sa scolarité sous certaines conditions de paiement. Refus.

Lettre de M. et Mme Chauvin et de M. H. Duvoisin, adressant leur démission de membres de l'Association générale des dentistes de France.

Le Conseil accepte la démission de Mme et M. Chauvin, ainsi que celle de M. Duvoisin, comme membres de l'Association générale des dentistes de France et charge M. le secrétaire général de leur faire connaître qu'ils restent toujours membres de la Société civile de l'Ecole et qu'en ce qui concerne M. Chauvin sa démission de cette dernière Société ne pourra être acceptée qu'après la régularisation de sa situation financière vis-à-vis du trésorier de l'Ecole.

Lettre de M. Pinard adressant également sa démission de membre de l'Association générale. L'acceptation de cette démission est ajournée.

M. Tusseau donne lecture de plusieurs pétitions adressées au Conseil par la Société des Etudiants de l'Ecole.

M. Poinsot donne lecture d'une pétition de M. Schwartz, de Nîmes, demandant au Conseil qu'il soit institué 2 séances par an pendant lesquelles seront faites des démonstrations pratiques par MM. les professeurs de l'Ecole et auxquelles pourront assister les confrères de provinces et de Paris ainsi que MM. les diplômés.

M. Poinsot déclare avoir porté cette pétition devant la Commission d'enseignement et fait connaître au Conseil le rapport qu'il a été chargé de faire.

Ce rapport conclut : 1° à l'adoption de la proposition de M. Schwartz; 2° au renvoi au bureau de la Société d'Odontologie de la proposition de M. Vacher, concernant le changement de jour de réunion des deux Sociétés odontologiques; 3° à l'ajournement du projet d'organisation des congrès régionaux.

Sur la proposition de M. Lemerle, une indemnité de 50 fr. est accordée par le Conseil au comptable de M. Viau, trésorier, pour surcroît de travail.

M. Paulme lit au Conseil une liste de membres de l'Association générale, qui, malgré des réclamations réitérées, n'ont pas payé leurs cotisations échues depuis longtemps.

Le Conseil décide qu'ils seront rayés après une dernière mise en demeure.

M. Poinsot annonce au Conseil qu'il a souscrit pour une somme de cent francs, au comité institué pour offrir un souvenir et un hommage à M. Pasteur, à l'occasion de son jubilé.

M. Pitou, présenté par MM. Francis Jean et Lemerle;

MM. Flemin, D. E. D. P., et Dyssli, D. E. D. P., sont admis membres de l'Association générale des dentistes.

M. d'Almen adresse une protestation au Conseil concernant l'élimination des étrangers du corps enseignant.

Cette protestation donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Viau, Bonnard, Sauvez, Tusseau, Lemerle, Martinier, Touchard.

M. Lemerle fait une proposition tendant à accorder aux étrangers l'ad-

mission au poste de démonstrateur avec cette condition que les postes plus élevés ne leur seront pas accessibles.

Cette proposition est repoussée au scrutin secret par 11 voix contre 4.

Le principe de l'admission des étrangers à tous les postes du corps enseignant est ensuite discuté et adopté au scrutin secret par 8 voix contre 6.

MM. Joseph Choquet, Legros, Arnold Aron, Mouton, sont nommés démonstrateurs à l'Ecole dentaire de Paris.

La séance est levée à minuit 5.

Le secrétaire des séances,
P. MARTINIER.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR THOMAS

La mort ne fait pas de distinction, elle enlève tout ce qui tombe sous sa faux, un homme de génie aussi bien qu'un homme de rien. Telle est la loi implacable de la nature à laquelle nous sommes forcés d'obéir.

Notre cher maître, M. le docteur Thomas, n'est plus. Hélas! Le cruel événement qui nous a frappés dans nos affections les plus chères était tellement inattendu que nous ne pouvons pas encore, à l'heure présente, nous faire à la pensée que nous ne le reverrons plus, que nous n'entendrons plus le son de sa voix douce et bonne... Une grande tristesse m'envahit quand je songe au grand inconnu pour lequel il est parti... Mais, si notre maître et ami bien-aimé nous a quittés à jamais, son exemple et ses enseignements demeurent vivants en nous.

Ce n'est pas seulement nous, élèves du cher défunt, qui lui devons beaucoup, mais tous les dentistes aussi doivent lui garder une reconnaissance éternelle ; c'est pourquoi il faut tous nous réunir pour dire sur cette tombe : « Puisse ton souvenir, ô notre grand maître, ô homme de bien, vivre éternellement dans la mémoire de tous ceux qui t'ont connu. »

Quant à nous autres, tes élèves, nous te remercions de l'amour de la science que tu as su nous inspirer, et nous te sommes encore reconnaissants de nous avoir donné les maîtres aux côtés desquels nous avons l'honneur de nous trouver ici.

Nous n'oublierons jamais ton œuvre dans laquelle tu as mis toutes tes forces, jusqu'à ton dernier soupir. Jamais ton image sympathique ne s'effacera de la mémoire de ceux qui ont eu le bonheur de t'approcher, et le souvenir de ton âme, à la bonté immense, sera toujours gravé dans nos cœurs.

L'œuvre de notre défunt regretté n'a pas besoin d'être racontée en détail, ou pour mieux dire, il faudra peut-être en faire l'histoire, pour la génération suivante, pour ceux qui n'ont pas eu la joie d'étudier sous la direction bienveillante du cher maître. Pour nous qui avons connu M. Thomas, nous n'avons pas besoin qu'on nous rappelle les grands services inoubliables que le premier professeur de notre Ecole a rendus à notre art et à notre science.

Mais si j'espère que la science, nos maîtres et nos camarades français conserveront le souvenir indélébile du Dr Thomas, j'affirme, sûr

d'interpréter fidèlement les sentiment de mes compatriotes, *que nous autres, élèves étrangers du regretté maître,* nous entourerons toujours sa mémoire de la vénération la plus profonde et l'affection la plus vive, car nous ne saurons jamais oublier l'accueil bienveillant que nous trouvions chez lui, et la bonté indicible avec laquelle il s'efforçait de nous consoler et de nous encourager loin de notre patrie...

Que la terre te soit légère, ô notre cher maître !

G. Schleier,
Élève de l'École dentaire de Paris.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Dosage de l'iodoforme. — II. Traitement de l'empoisonnement par la cocaïne. — III. Stimulant. — IV. Pommade chloroformée pour l'anesthésie locale. — V. Pommade antinévralgique. — VI. Collutoire contre la stomatite des enfants. — VII. Topique contre la douleur aiguë qui suit l'extraction. — VIII. Matière obturatrice pour les canaux radiculaires. — IX. Remède contre la névralgie faciale ou la périostite aiguë. — X. Remède contre la stomatite aphteuse. — XI. Anesthésique local. — XII. Remède contre la congestion de la pulpe. — XIII. Liniment antinévralgique. — XIV. La douleur dentaire. — XV. Emploi de l'eau chaude.

I. — Dosage de l'iodoforme

En chauffant l'iodoforme avec de la soude alcoolique, il se produit de l'iodure de sodium et du formiate de soude. 100 parties d'iodoforme donnent 70 parties d'iodure de sodium.

Pour doser ce corps on en prend de 0 gr. 10 à 0 gr. 15 ou une quantité du produit à analyser correspondant à ce chiffre. On traite par l'alcool, on ajoute un excès de soude alcoolique, on chauffe dix minutes près de l'ébullition, on évapore l'alcool, on dissout le résidu dans l'eau, on acidule par l'acide azotique étendu, on neutralise par le carbonate de chaux et on titre avec la solution centinormale d'argent, avec le chromate de potasse comme indicateur. 1 centim. cube de solution centinormale d'argent correspond à 0 gr. 001313 d'iodoforme.

(Répertoire de pharmacie.)

II. — Traitement de l'empoisonnement par la cocaine

Depuis que l'emploi de la cocaïne comme analgésique local est devenu de pratique courante, il est arrivé que plus d'une fois des accidents sont survenus, soit après l'administration d'une trop forte dose, soit par suite d'une prédisposition particulière des malades à la syncope. Il importe donc que le praticien soit mis au courant des moyens à prendre dans les cas où surviennent ces accidents.

Prévenir la syncope contitue la première indication et c'est dans ce but qu'on conseille de ne jamais pratiquer d'injection hypodermique de cocaïne chez un sujet debout. La position horizontale est de rigueur. Dans tous les cas, si le malade intoxiqué était déjà debout, il faut lui faire prendre immédiatement la position horizontale ; cette manœuvre suffit pour diminuer l'état syncopal.

On peut en dire autant des aspersions d'eau froide, des lotions sur le corps avec frictions, moyens assez simples, il est vrai, mais non efficaces.

Combattre le collapsus respiratoire et circulatoire est la seconde indication à remplir. Un des meilleurs moyens est d'administrer en inhalations le nitrite d'amyle qui provoque la dilatation des vaisseaux, abaisse la tension artérielle et stimule ainsi indirectement l'action du cœur.

Les injections sous-cutanées d'éther, de caféine, d'ammoniaque, d'alcool sont encore indiquées ou, à leur défaut, des demi-lavements d'infusions de café ou de thé, d'alcool dilué. S'il y a menace d'asphyxie, il faut pratiquer la flagellation, le massage énergique de la surface, la respiration artificielle. De grands sinapismes recouvrant la poitrine, l'abdomen et les extrémités inférieures sont aussi très utiles dans le cas d'asphyxie, la révulsion cutanée constituant un des plus puissants excitants des mouvements respiratoires. Contre les convulsions, si elles se montrent, inhalations de chloroforme.

(*Union médicale du Canada.*)

III. — Stimulant

Contre les ulcères de la bouche causés par l'emploi d'un dentier artificiel.

Liqueur de sublimé corrosif	15 centigr.
Glycérine	2 gram.
Eau	30 —

S'emploie pour rincer la bouche.

(*El Arte del dentista.*)

IV. — Pommade chloroformée pour l'anesthésie locale

Chloroforme	1 partie
Cire	(1 partie)
Axonge	3 parties

(*Los nuevos Remedios.*)

V. — Pommade antinévralgique

Camphre	90 parties
Éther	30 —
Teinture d'opium	6 —
Chloroforme	20 —

Usage externe. Frictions avec une flanelle sur le siège de la douleur.

(*Los nuevos Remedios.*)

VI. — Collutoire contre la stomatite des enfants (Galvan)

Borate de soude	5 gram.
Menthol	0 gr. 50
Miel rosat	15 gr.
Eau distillée	300 gr.

(*La Odontologia.*)

VII. — Topique contre la douleur aigue qui suit l'extraction

La douleur si aiguë qui survient d'ordinaire après l'ablation d'une

dent semble être la centralisation d'une force nerveuse dans la cavité, résultant peut-être de l'extension de la gaîne du nerf avant de céder. J'ai constaté pendant 25 ans de pratique que cette douleur aiguë est détruite *instantanément* (la force nerveuse étant écartée momentanément et ne reparaissant jamais dans la cavité) par une forte aspiration d'une solution concentrée d'ammoniaque. Cela vaut la peine d'être noté et est d'un emploi beaucoup plus facile et plus rapide que l'injection d'acide phénique.

(*Ash et Sons' Quarterly circular.*)

VIII. — Matière obturatrice pour les canaux radiculaires (Van Woert)

Iodol	65 centigr.
Oxyde de zinc	130 —
Huile de cannelle	5 gouttes
Vaseline phéniquée	Q. s.

Mélanger à une température de 53° pour former une pâte ferme.

Cette pâte est si épaisse et si dense qu'on peut la rouler en lui donnant une forme très semblable aux bâtonnets de gutta-percha fabriqués pour obturer les canaux radiculaires. Peu importe la température des parties voisines, il ne se produit pas assez d'inflammation pour causer le moindre changement dans la vaseline, difficulté que j'ai rencontrée au début en faisant le mélange à froid.

(*International Dental journal.*)

IX. — Remède contre la névralgie faciale ou la périostite aigue

Chloroforme	2 gr. 55
Teinture d'aconit	} *áá* 5 gr. 31
Teinture de belladone	

M. s. a.

En frictionner les gencives ou la peau au point douloureux.

(*The Dental World.*)

X. — Remède contre la stomatite aphteuse

Teinture de chlorure de fer	14 gr. 17
Chlorate de potassse	2 gr. 65
Glycérine	} *áá* 56 gr. 68
Eau	

Une cuillerée à café toutes les trois heures. Guérit ordinairement les cas rebelles en cinq à sept jours.

(*The Dental World.*)

XI. — Anesthésique local

Huile de cannelle	1 partie
Acide phénique (cristaux)	2 parties
Huile de gaultheria	3 —

Il détruit la sensibilité des gencives et son emploi ne présente aucun danger.

(*The Dental World.*)

XII. — Remède contre la congestion de la pulpe

Créosote	6 gouttes
Teinture d'iode Liqueur de sous-acétate de plomb	*ââ* 1 gr. 77
Chloroforme Teinture d'opium	*ââ* 0 gr. 88

Appliquer sur un tampon d'ouate.

(*The Dental World.*)

XIII. — Liniment antinévralgique

Chloroforme	20 grammes
Ether sulfurique	30 —
Alcool camphré	90 —
Teinture d'opium	6 —

(*L'Union médicale.*)

Mêler, imbiber un morceau de flanelle de ce liniment et l'appliquer sur la région douloureuse.

XIV. — La douleur dentaire

On recommande la formule suivante :

Menthol Chloroforme	*ââ* 5 grammes

Tamponner la cavité de la dent cariée préalablement détergée avec un peu de ouate hydrophile imbibée de cette mixture.

Voici maintenant une pâte très appréciée aussi dans les mêmes conditions.

Hydrochlorate de cocaïne Hydrochlorate de morphine	*ââ* 0 gr. 10
Créosote	Q. s.

Pour une pâte de consistance crémeuse qu'on introduira dans la cavité formée par la carie.

(*Rev. gén. de clin. et thérap.*)

XV. — Emploi de l'eau chaude

Une serviette pliée en plusieurs doubles, trempée dans l'eau chaude et tordue, puis appliquée sur la partie douloureuse, apporte un prompt soulagement aux maux de dents et aux névralgies.

(*Medical Age.*)

NOUVELLES

Dans son assemblée générale annuelle du mardi 31 janvier dernier, l'Association générale des dentistes de France a procédé au renouvellement des membres sortants du Conseil de Direction. Ont été élus : MM. Richer (de Vernon), Francis Jean, Löwenthal, G. Viau, G. Audy (de Compiègne), Berthaux (de Soissons), Coignard (de Nantes), Martinier, Noël (de Nancy) et Claser.

CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO

Des additions viennent d'être faites aux diverses commissions nommées antérieurement. Il a, de plus, été constitué des bureaux honoraires étrangers. Celui de la France comprend M. E. Lecaudey, président, et parmi les vice-présidents, au nombre de cinq, MM. F. Touchard et Charles Godon.

EXOTISME ET ART DENTAIRE

Nous découpons à la troisième page du *Figaro* ce petit entrefilet, dont nos lecteurs apprécieront la saveur :

« On sera certainement heureux d'apprendre l'arrivée de M. de Marini, » docteur-dentiste de la Cour impériale de Russie, qui ouvre en ce mo- » ment un cabinet situé 20, rue des Pyramides. Ce praticien sera, à n'en » pas douter, accueilli chaleureusement par la haute société du Tout- » Paris.

» M. de Marini est un spécialiste éminent qui nous vient d'un pays » ami où il avait conquis toutes les sympathies. C'est une raison pour lui » accorder les nôtres tout d'abord. Son mérite fera le reste. »

Parisiens et Parisiennes tressailliront d'aise en apprenant qu'ils pourront se faire opérer par une main aussi blanche qu'auguste, celle du Doctor de Marini !

Nous serions curieux de savoir si l'éminent docteur s'est conformé à la loi française qui exige le dépôt des parchemins justifiant les qualités dont il se recommande.

Il faut croire, d'autre part, que ses fonctions à la Cour lui laissent passablement de loisirs pour venir ainsi s'établir et faire de la dentisterie à une si grande distance.

A moins que ce ne soit aussi pour resserrer les liens de l'alliance franco-russe.

Qui sait, après tout?

MONUMENT AU Dr THOMAS

Le Conseil de Direction de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France, auxquels se sont joints un grand nombre de confrères et d'amis du regretté Dr Thomas, ont pris l'initiative d'une souscription pour l'érection d'un monument sur sa tombe.

Le soir même des obsèques, un comité s'est constitué et a décidé d'offrir la présidence d'honneur au professeur Péan, chirurgien des hôpitaux, et a constitué son bureau de la façon suivante :

Président. M. Emmanuel Lecaudey, directeur honoraire de l'Ecole dentaire de Paris.

Vice-présidents. MM. Poinsot, directeur de l'Ecole, Ch. Godon, ex-directeur adjoint de l'Ecole.

Trésorier. G. Viau, professeur à l'Ecole.

Secrétaires. Francis Jean, professeur suppléant à l'Ecole ; P. Martinier, professeur suppléant à l'Ecole.

Les adhésions et souscriptions sont reçues chez le trésorier.

La liste des membres du Comité et des souscripteurs sera publiée dans l'*Odontologie.*

La clinique de l'Ecole dentaire de Paris et les cours théoriques n'ont pas eu lieu le mercredi, 8 février, en raison des obsèques du Dr Thomas.

Le Conseil d'Administration de l'Association générale des dentistes de France a procédé à l'élection de son bureau. Ont été élus :

Président : M. Lemerle.
Vice-président : M. Berthaux.
Id. M. Tusseau.
Secrétaire : M. Claser.
Trésorier : M. Paulme.

AVIS

MM. les membres de l'Association qui n'ont pas encore versé le montant de leurs cotisations pour l'année 1892, sont priés de vouloir bien les adresser par mandat sur la poste à M. Paulme, trésorier, 57, rue Rochechouart.

Vol. 13. Paris, Mars 1893 N° 3

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉTUDE CRITIQUE DES INTOXICATIONS PAR LA COCAÏNE [1]

Par M. G. Viau,
Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris,
Président de la Société d'Odontologie de Paris.

Depuis l'année 1885, on ne trouverait peut-être pas une publication périodique de médecine qui ne relate de nombreux accidents d'intoxication par la cocaïne. Jamais médication ne fut plus rudement battue en brèche. L'expérience clinique est là, dit-on, et cela démontrerait que la substance en question est périlleuse ; que son administration à dose presque homœpathique a produit la mort ; que d'autres fois elle a été suivie de phénomènes formidables déroutant les dentistes et les médecins ; que leur disparition n'est pas toujours le retour à la santé, car il existerait un cocaïnisme chronique, sorte de protée pathologique se manifestant ou par des accès périodiques de défaillance ou par des accidents convulsifs épileptiformes, ou par un état psychique particulier se rapprochant de la lypémanie. Les journaux politiques ont de temps en temps donné de longs récits, capables de faire réfléchir les praticiens que la perspective d'une catastrophe épouvante et aussi les patients dont beaucoup sont disposés à voir les choses en noir et à refuser l'emploi d'un anesthésique qui tue ou qui rend fou. Il a été question de la cocaïne jusque dans les discussions aux assemblées législatives et toujours on en a parlé comme d'un agent dangereux, dont le maniement exige des connaissances approfondies que posséderaient seuls un petit nombre d'initiés. Malgré tout, elle a fait son chemin, il n'y a presque pas de cabinets de dentistes dans lesquels on ne l'emploie d'une façon courante, les malades s'en trouvent bien et on peut dire aujourd'hui presque à coup sûr que, pour la chirurgie dentaire, c'est l'anesthésique de l'avenir.

Il était donc intéressant de rechercher si toutes ces accusations étaient bien justifiées.

Au cours de la dernière discussion au Parlement, un orateur déclara que jusqu'à ce moment on connaissait trente cas de mort par la cocaïne. Ce chiffre, déjà respectable, semblait même au-dessous de la réalité. Il y en aurait eu presque la moitié à Paris seulement.

1. Cet article est un chapitre extrait du *Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents* que vient de publier la *Société d'éditions scientifiques* et que nous annonçons plus loin.

A la séance de la Société de Chirurgie du 16 décembre 1891, un membre déclara que M. Richardière avait fait, pour sa part, onze autopsies d'individus décédés à la suite d'injections de cocaïne. Ces données venaient à l'appui d'une assertion produite au mois de février 1889 par le Dr Roux, de Lausanne. « Le nombre des empoisonnements mortels par la cocaïne, disait-il, atteignait en octobre dernier le chiffre respectable de 126 [1]. »

De pareils chiffres devaient forcément faire hésiter les gens dont l'opinion sur la valeur de l'anesthésique n'était pas faite ; ils avaient été énoncés dans des milieux différents : on se proposait soit d'édifier le public professionnel, soit d'obtenir le vote d'une loi qui interdît le maniement d'une substance dangereuse aux personnes que leurs études antérieures n'avaient pas suffisamment préparées à son emploi. Les affirmations étaient si précises qu'il y avait tout lieu de les croire fondées sur des documents irrécusables. Les variantes en présence concordaient avec cette idée : si les chiffres différaient, c'est qu'ils n'avaient pas été puisés aux mêmes sources et que ceux qui les donnaient n'avaient pas voulu hasarder une assertion qui ne leur eût pas semblé démontrée. On pourrait résumer de la sorte les témoignages apportés dans les différents milieux :

« *Je ne sais pas au juste quel a été le nombre total des empoisonnements mortels par la cocaïne dans le monde entier, mais je suis sûr qu'il y en a eu au moins* 11, *au moins* 30, *au moins* 126 *!* »

Une seule chose était certaine, c'est que les auteurs avaient accepté les chiffres bien vite, sans se demander quelle était leur origine.

Dans une lettre au Dr Delbosc, M. Roux déclarait que sa phrase était erronée. Il ne connaissait pas, comme il l'avait dit, 126 cas mortels, mais 126 cas d'intoxication d'intensité variable, dont quelques-uns avaient été mortels [2]. Combien ? Il ne le savait pas.

A propos des autopsies, M. Reclus crut que ce qu'il y avait de mieux à faire, c'était de s'adresser à M. Richardière lui-même. Or, M. Richardière n'avait pratiqué qu'une autopsie, celle d'un malade de M. Berger, et le chiffre de onze représentait le nombre total des nécropsies connues en fait dans le monde entier.

Nous ne pourrions pas dire d'où venaient les 30 faits dont il a été question au Parlement et, selon toute probabilité, l'orateur qui en avait parlé n'était guère mieux renseigné que nous.

Pour connaître au juste le nombre des cas de mort par la cocaïne et les conditions dans lesquelles les décès ont eu lieu, il a fallu qu'un jeune médecin d'une patience merveilleuse et d'un sens critique irréprochable, le Dr Jules Auber, entreprît une étude sérieuse et documentée. Après avoir éliminé toutes les affirmations de seconde main, données d'inspiration ou de mémoire, il trouva 16 cas relatés d'une manière explicite dans différents auteurs. Il a fallu encore en retrancher trois. Dans l'un de ceux-ci, rapportés, disait-on, par MM. Brouardel

---

1. *Revue médicale de la Suisse romande*, février 1889.
2. *La cocaïne et ses accidents*, Th. de Paris, 1884.

et Vibert, il y avait bien eu intoxication par la cocaïne, mais la malade est encore vivante et bien portante à l'heure actuelle. Les accidents terribles qui avaient, disait-on, enlevé l'opérée se réduisaient, d'après les termes mêmes employés par les experts dans leur rapport médico-légal, à une intoxication qui, en raison d'une certaine prédisposition de la dame B..., suscita des troubles nerveux, des désordres de santé peu graves, mais qui l'obligèrent cependant à garder certains ménagements et à prendre quelques soins.

Vinogradoff avait fait l'autopsie d'un malade opéré par Kalomine. L'observation fut dédoublée et, dans plus d'une relation ultérieure, il fut question d'un cas de Kalomine et d'un cas de Vinogradoff. Même dédoublement pour le fait de Bouchard, notre confrère de Lille : on l'inscrivit dans de savantes et véridiques relations sous son nom et sous celui de Lillois (en allemand Liller) !

Restaient 13 cas indiscutables, c'est-à-dire dans lesquels les malades avaient succombé peu de temps après des injections de cocaïne.

Comme personne n'a jamais prétendu que cette substance soit inoffensive à toutes doses et en toutes circonstances, M. Auber s'est efforcé de déterminer le nombre des décès qui avaient été produits par des doses thérapeutiques. Cette fois encore il est arrivé à des résultats inattendus : ainsi deux malades avaient pris par la bouche 1 gr. 12 et 1 gr. 50 de cocaïne, dans trois autres cas on avait injecté sous la peau 1 gr. 50, 80 cent., 40 cent., 22 cent. 1/2. D'autres fois, il s'agit de pures coïncidences ; dans certains faits, l'alcaloïde a été administré en pulvérisations ou en badigeonnages à doses exagérées autant que permettent de le supposer les termes extrêmement succincts de ces relations.

Après cette étude méthodique, impartiale, à travers laquelle ne peuvent passer ni les hyperboles, ni les légendes, ni les à peu près, que peut-on mettre au passif des injections sous-cutanées de cocaïne à dose thérapeutique ? M. Auber va nous l'apprendre.

« *A dose thérapeutique et en injections hypodermiques, on ne trouve aucun cas de mort par la cocaïne* [1]. »

Espérons que cette conclusion *a posteriori*, qui termine l'intéressant chapitre que nous venons d'analyser, ne sera démentie par aucun fait à l'avenir.

Les accidents non mortels sont assez nombreux et assez graves pour faire hésiter devant l'emploi du médicament. Il serait bon toutefois, pour qu'on pût savoir au juste à quoi s'en tenir, qu'un travail littéraire et critique, semblable à celui de M. Auber, fût entrepris à ce propos. Ce serait une lourde tâche, car, depuis 1884, il n'y a peut-être pas une publication médicale de l'Europe qui ne renferme la relation d'un ou de plusieurs d'entre eux. Troubles visuels auditifs psycho-moteurs, syncopes, convulsions, paralysie des membres inférieurs ou d'un nerf déterminé comme le facial, il a été question de tout cela. Il existe pourtant une classification toute naturelle, suivant que les accidents se produisent peu après l'accident et dispa-

---

1. *La cocaïne en chirurgie*. Paris, Steinheil, 1892, p. 40.

raissent dans un temps comparable à celui que nous a montré l'expérimentation physiologique, ou qu'ils se prolongent.

Ceux que nous avons vus tout au début et qui ont été rapportés le plus souvent sont bien connus.

Le malade a les pupilles dilatées, il pâlit, il dit qu'il va se trouver mal, qu'il va mourir ; parfois il se plaint d'une sensation pénible, de suffocation et de gêne précardiale ; dans certains cas il y a des mouvements convulsifs ou des accidents hystériformes.

On rapporte des cas dans lesquels les accidents sont beaucoup plus graves ; certains malades ont perdu presque immédiatement connaissance ou sont restés plusieurs heures dans le coma ; mais tout s'est terminé par la guérison. D'autres fois le cycle s'est prolongé ; il y a eu amélioration, puis les patients sont restés valétudinaires pendant des mois. Le cocaïnisme chronique peut affecter des formes variables; généralement toutefois, ce sont les idées tristes, les noirs pressentiments, la crainte de la mort qui dominent.

Pour arriver à une notion précise des choses et savoir au juste ce qu'on doit craindre de la cocaïne, il faudrait, je le répète, procéder comme M. Auber, réunir les faits, les rapporter tels qu'ils sont, les interpréter et éliminer impitoyablement ceux dont les auteurs ont tiré des conclusions qu'ils ne comportaient pas. Parmi les faits donnés il y en a beaucoup certainement dans lesquels on a administré soit par voie gastrique, soit en injections sous-cutanées, des doses de cocaïne de beaucoup supérieures à 50 centigr. Chez 10 malades anesthésiés par M. Telschow nous avons vu 2 fois des accidents ; mais les doses de cocaïne introduites sous la gencive variaient entre 7 et 10 centigr. Les cocaïnomanies ont été observées surtout chez des personnes qui se faisaient habituellement — on ne sait trop à la suite de quelle aberration mentale — des injections sous-cutanées de cocaïne et arrivaient ainsi à en introduire dans l'économie des doses énormes. Ces faits sont évidemment en dehors de notre cadre. L'intoxication qu'il serait bon de prévoir et d'éviter est l'intoxication par des doses thérapeutiques, et malheureusement c'est assez difficile à l'heure actuelle, car, par suite d'idiosyncrasies de nature inconnue, certains individus auraient présenté des phénomènes d'intoxication graves après l'injection de quantités très faibles, 1 centigr. 1/2, 1 centigr. et même 1/2 centigr.

Il est impossible de nier les différences de susceptibilité individuelle par rapport à la cocaïne, elles existent pour tous les médicaments sans exception ; que des phénomènes d'ailleurs légers, tels que la pâleur de la face, un vague sentiment de malaise, une syncope même, puissent se produire après l'introduction d'un centigramme de cocaïne dans l'économie, c'est indiscutable, et MM. Meyer et Bardet rapportent que l'un d'eux eut une syncope après l'injection sous-cutanée de deux centigrammes de chlorhydrate [1].

Il est malheureusement difficile de savoir, lorsqu'on se trouve en

---

1. Notes sur les propriétés physiologiques de la cocaïne. *Bulletin génér. de thérap.*, 25 févr. 1885, p. 122.

présence d'accidents suivant de près une injection de cocaïne, s'il s'agit bien d'une intoxication ; on perdrait son temps à vouloir s'orienter d'après le tableau clinique. « Ces accidents, dit M. Dufournier, sont très variables dans leur évolution ; tantôt on observe une forme, un groupe de symptômes, tantôt un autre, ce qui fait dire que la cocaïne, dans son action générale[1], n'est pas comparable à elle-même. »

Il y a quelques années, le professeur Wölfler, de Gratz[2], faisait de sérieuses réserves à propos d'un certain nombre d'observations publiées. Il me paraît difficile à l'heure actuelle de savoir au juste ce qu'il y a de précis dans les intoxications à phénomènes graves ou persistants à la suite de doses très minimes.

N'oublions pas que des solutions impures de chlorhydrate de cocaïne ont un degré de toxicité beaucoup plus marqué que les autres, qu'il est indispensable qu'on sache au juste la quantité de sel injectée. Plus une observation est singulière, plus les faits enregistrés s'écartent des phénomènes habituels et surtout de ce qu'a révélé l'observation physiologique, plus il faut être sévère dans la critique, plus il faut apporter de soin pour éliminer les causes d'erreur que nous venons d'indiquer. C'est souvent impossible. Prenons une observation très précise de cocaïnisme prolongé à la suite de l'injection de huit milligrammes. M. Hallopeau en a communiqué une à l'Académie de Médecine dans la séance du 12 mai 1891. Les faits sont aussi détaillés que possible et ce diagnostic de cocaïnisme porté par l'auteur a été confirmé par MM. Hardy et Mesnet.

M. Hallopeau a discuté et réfuté assez heureusement toutes les objections dont il était passible. M. Magitot, en faisant un rapport à l'Académie de Médecine, n'a même pas songé à élever un doute. Voici la relation du fait tel qu'il l'a résumé :

« Après une injection sous-gingivale de 8 milligrammes à peine de chlorhydrate de cocaïne, un sujet éminemment *impressionable* et *névropathe* présente au bout de quelques minutes des phénomènes tout à fait effrayants, des étouffements, angoisse précardiale, état syncopal puis, aussitôt après, agitation extrême, mouvements désordonnés, incohérents, lamentations, cris, véritable délire. Le pouls, filiforme, est tellement rapide qu'on n'en peut compter les battements. Ces phénomènes, au lieu de s'atténuer et de disparaître comme cela s'observe dans les cas de cocaïnisme aigu, se prolongent avec quelques variations d'intensité et plusieurs intermittences pendant trois mois.

Je ne crains pas qu'aucun fait rapporté jusqu'ici ait plus de garanties d'authenticité que celui-là ; je ne crois pas que le diagnostic cocaïnisme ait jamais présenté plus de chance et d'exactitude. Et pourtant cette relation laisse dans l'ombre plus d'un point qu'il eût été nécessaire d'éclaircir pour arriver à l'évidence et rendre l'induction indiscutable. M. Hallopeau l'a si bien senti qu'il a été obligé d'arri-

1. *Archives gén.* de médecine, 1889, oct., p. 432.
2. *Wiener med. Wochenschr*, 1889, p. 663, nº 18.

ver aux hypothèses superposées pour masquer ou expliquer les invraisemblances.

S'il y a eu cocaïnisme chronique, c'est que, par suite de l'état particulier du sujet, une dose minime de cocaïne avait exercé une action inusitée sur certains éléments organiques : les accidents ultérieurs ne pouvaient résulter que d'une reproduction de cette action initiale ou des désordres anatomiques déterminés par elle. Peut-on supposer qu'un médicament puisse rester trois mois dans l'économie sans qu'un atome en sorte ? Si l'on admet une élimination, si petite qu'elle soit, on est obligé de mettre les accidents des derniers jours sur le compte de doses infinitésimales. M. Hallopeau parle de l'emmagasinage dans les cellules de certains centres nerveux. Ces cellules sont-elles donc soustraites aux échanges organiques et la localisation du chlorhydrate de cocaïne à ce niveau peut-elle entraîner son élimination et la retarder de trois mois ? L'hypothèse d'une lésion cérébrale se réparant explique difficilement le cours irrégulièrement intermittent des accidents.

Les nombreux détails, les circonstances du début sont très brièvement indiqués. Avec quelle solution avait été faite l'injection ? Quel était l'âge des autres solutions ? De qui M. Hallopeau tenait-il le renseignement d'après lequel il a fixé à 8 milligr. la quantité de substance injectée ?

Il y avait d'autres raisons de défiance : la malade était nerveuse, impressionnable. Après sa guérison, elle écrivait à l'auteur qu'il eût été préférable pour elle de mourir comme la jeune fille de Lille plutôt que d'endurer ce qu'elle avait enduré.

Ce cocaïnisme chronique ressemble assez à un cas de cocaïnisme aigu observé par le Dr Hugenschmidt : au bout de 30 secondes la malade anesthésiée se plaignit de douleurs terribles dans la tête, se leva rapidement, fit quelques pas et tomba dans un fauteuil en criant « je meurs ». Puis survint une syncope qui dura une demi-heure. On n'avait même pas injecté 8 milligr. de chlorhydrate de cocaïne, on avait injecté 10 gouttes d'eau distillée [1] !

On discute sur la nature et l'origine des accidents produits par la cocaïne. Lorsqu'on est en présence de phénomènes graves et surtout persistants, qui semblent dus à l'administration de doses extrêmement faibles, il me paraît indispensable d'analyser les observations données d'après les règles du déterminisme scientifique le plus rigoureux.

Quelles précautions a-t-on prises pour s'assurer que la préparation qui a produit des accidents était bien dosée comme on le croyait ?

Peut-on affirmer qu'elle était chimiquement pure et sur quelles bases reposent cette affirmation ?

La quantité administrée est-elle bien celle qui est notée dans l'observation ?

D'après quels témoignages est-on autorisé à croire que le praticien

1. *Bulletin médical*, 1888, nº 72, p. 1195.

ne s'est pas mépris lui-même sur la quantité ou qu'il n'essaye pas de tromper les autres pour dissimuler une faute professionnelle?

Existe-t-il dans le passé pathologique du malade, dans son état mental antérieur, des circonstances capables d'expliquer les accidents observés?

A-t-on des motifs suffisants pour attribuer ceux-ci plutôt à la cocaïne qu'au passé morbide du patient?

Si une enquête était faite dans ces conditions, à propos de tous les cas qui présentent des singularités, il est bien probable que le nombre en serait diminué. Cette enquête est rigoureusement indispensable lorsqu'on veut arriver à établir la liaison réelle de deux circonstances contemporaines ou à peu près et à remonter à la notion de cause. La négligence d'un seul des facteurs indiqués peut égarer dans une fausse voie et contribuer à accréditer des erreurs et des craintes regrettables.

NÉCROSE PARTIELLE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR D'ORIGINE DENTAIRE

Par M. F. Touchard,

Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.

M. X..., âgé de 44 ans, est atteint de carie du collet intéressant un grand nombre de dents du maxillaire inférieur.

Le mauvais état de sa dentition s'est accentué depuis 1888, époque où il a commencé à éprouver les symptômes d'une dyspepsie qui a persisté jusqu'à ce jour.

Depuis longtemps il est sujet à des poussées inflammatoires d'origine dentaire aboutissant à la suppuration.

Nous allons décrire le dernier épisode survenu dans le cours de cet état morbide.

Le 25 mars 1892, à la suite d'un refroidissement gagné à la chasse, M. X... est atteint d'une fluxion intéressant le côté droit de la figure.

Le 28 nous examinons le malade : il a eu la fièvre. Mais nous laissons de côté la description des phénomènes généraux caractéristiques (élévation de la température, frisson, sensation de brisement des membres, céphalée, anorexie, soif, etc., etc.) pour ne nous occuper que des phénomènes locaux.

La joue et la région sous-maxillaire du côté droit sont le siège d'une fluxion intense. La peau est chaude, hyperesthésiée, tuméfiée, luisante.

Les ganglions sous-maxillaires sont gonflés et douloureux à la pression.

L'examen de la région vestibulaire nous dévoile les phénomènes suivants :

A droite le corps du maxillaire inférieur est tuméfié sur ses deux faces. La tuméfection est considérable et l'exploration très douloureuse

nous permet de constater de la dureté et de l'empâtement, sans nous fournir de fluctuation.

La muqueuse gingivale, hypertrophiée et rouge, enchâsse la deuxième grosse molaire et la dent de sagesse, toutes les deux de couleur gris ardoisé, mobiles dans leurs alvéoles. En la comprimant modérément et de bas en haut, nous faisons sourdre du pus entre la gencive et le collet de ces dents.

Ces phénomènes locaux et les troubles physiologiques qui les accompagnent (trismus, dysphagie, hypersécrétion salivaire) ressortissent pour nous à une ostéo-périostite du maxillaire inférieur, limitée au territoire de la dent de sagesse et de la deuxième grosse molaire du côté droit.

Nous proposons l'extraction immédiate de ces dents. Cette opération n'est pas acceptée par M. X... qui, à l'instigation d'un médecin, se contente d'appliquer des cataplasmes chauds sur la région malade.

Appelé par notre client quelques jours après, nous constatons une exagération des phénomènes locaux avec persistance d'un mauvais état général. Nous procédons à l'extraction de la dent de sagesse, puis de la deuxième grosse molaire du côté droit, à un jour d'intervalle, et chaque avulsion est suivie de l'issue d'un flot de pus verdâtre.

Comme traitement consécutif nous ordonnons de grands lavages antiseptiques — eau phéniquée — de la cavité buccale et pratiquons de fréquentes injections d'eau phéniquée dans les cavités alvéolaires que nous fermons avec un tampon de gaze antiseptique iodoformée.

Dans les jours qui suivent, nous assistons à la disparition de tous les phénomènes réactionnels locaux et généraux que nous signalions tout à l'heure, mais nous remarquons un soulèvement anormal de la face interne du rebord gingival en arrière de la première grosse molaire.

Un point blanc apparaît à ce niveau. A l'examen par la sonde, nous rencontrons un corps dur, mobile sur les parties sous-jacentes.

Il s'agit, selon nous, d'un séquestre en voie d'élimination. Nous l'enlevons, après avoir maintenu pendant quelques jours le traitement post-opératoire que nous avions institué et que nous continuons à appliquer dans toute sa rigueur après l'extraction dudit séquestre jusqu'au moment où le malade nous paraît complètement guéri et à l'abri de toute complication.

Le séquestre que nous avons enlevé est formé par cette portion du maxillaire qui avoisine la face interne de l'alvéole de la deuxième grosse molaire du côté droit.

Sa forme est celle d'un ovoïde, dont le grand axe, dirigé suivant le sens antéro-postérieur, mesure deux centimètres environ — dont l'axe vertical mesure un centimètre 1/2 — l'axe transversal un centimètre.

Il présente à considérer deux faces, deux bords, deux extrémités. Les deux extrémités, l'une antérieure, l'autre postérieure, pointues et effilées, sont le lien de réunion de deux bords, l'un supérieur, l'autre inférieur, tous deux convexes, minces et crénelés. Des deux faces, l'une est interne, l'autre est externe.

La face externe inégale, râclante en dehors, est formée d'une portion supérieure alvéolaire, d'une portion inférieure diploïque.

En haut deux demi-cylindres creux, tapissés par une mince lame de tissu compact, représentent une partie de l'alvéole de la deuxième grosse molaire.

Partout ailleurs nous trouvons un diploë inégal miné par le processus inflammatoire.

La face interne lisse et unie est formée par la table interne de l'os dépouillée de son périoste. Elle est divisée en deux portions, supérieure et inférieure, par une crête oblique dirigée de haut en bas dans laquelle nous reconnaissons la ligne oblique interne du maxillaire inférieur.

Nous résumerons en deux mots l'histoire du processus qui a abouti à la formation de ce séquestre primitif :

Carie dentaire du deuxième degré, traitement par l'acide arsénieux déterminant la mortification de la pulpe, périostite chronique — d'origine sûrement infectieuse — poussée inflammatoire au niveau du périoste alvéolo-dentaire, ostéo-périostite aiguë, nécrose d'une portion de l'os, séparé du reste du corps du maxillaire, dépouillé en dedans de son périoste par le processus inflammatoire.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES COMPLICATIONS DES AFFECTIONS DENTAIRES. — MALADIES OCULO-DENTAIRES.

Par M. C. Charpentier,

Elève à l'Ecole dentaire de Paris.

En 1848, le Dr Teirlinck commence à parler des accidents oculo-dentaires à l'Académie de médecine de Gand. Puis Delestre, en 1869, et Métras, en 1873, font une autre communication à ce sujet, cette fois à l'Académie de médecine de Paris. D'après Métras, les lésions oculo-dentaires sont des lésions matérielles, par continuité de tissus en connexion intime avec les branches nerveuses qui se distribuent aux dents, branches ayant une origine commune avec les nerfs jouant un rôle important dans les fonctions de l'œil.

Si on se place au point de vue anatomique, on voit : 1° que les os maxillaires supérieurs concourent pour une large part à la formation des cavités orbitaires qui servent de réceptacle aux globes oculaires ; 2° que le plancher de l'orbite est formé par la partie supérieure de ces os, qu'à ce plancher s'insèrent des muscles moteurs ; 3° que les voies lacrymales qui servent à l'excrétion des larmes ont aussi des rapports intimes avec les os maxillaires.

Le périoste, lui aussi, joue un rôle important, car il tapisse les orbites à l'intérieur et se continue avec le périoste alvéolo-dentaire dont les états pathologiques nous occupent.

Après ces données d'anatomie il suffit de rappeler que l'orbite a un nerf de sensibilité spéciale, le nerf ophthalmique, un nerf de la sensibilité générale, la branche ophthalmique de Willis avec ses trois divisions : frontale, nasale, lacrymale. De plus, l'orbiculaire des paupières est innervé par le facial, lequel s'anastomose avec le nerf maxillaire supérieur à sa sortie du trou sous-orbitaire. Il résulte de cela que l'on voit clairement que des branches nerveuses unissent la pulpe et le périoste dentaire aux parties qui, par leur réunion, forment l'appareil visuel, et que par conséquent l'état pathologique de l'un des appareils peut déterminer un état pathologique de l'autre.

D'après Mengin, il peut y avoir : 1° lésions par continuité de tissus ; 2° accidents réflexes de la sensibilité ; 3° troubles de motilité ; 4° troubles de nutrition sous la dépendance de troubles vasomoteurs (paralysie). Voici quelques observations de cet auteur.

Observation I.

Un enfant de 11 ans consulte pour une affection des paupières (blépharospasme). Comme dents permanentes, il y a les incisives et la première grosse molaire. La canine et la deuxième molaire temporaires sont affectées de 4 degrés. On les extrait et trois jours après le blépharospasme disparaît.

Observation II.

Une dame de 49 ans souffre de douleurs péri-orbitaires du côté droit, douleurs s'irradiant sur toute la face. On constate une diplopie homonyme. Les douleurs intenses du côté du maxillaire font examiner la bouche. La première grosse molaire droite n'a plus que ses racines recouvertes de gencives. On en pratique l'extraction et deux jours après la diplopie disparaît.

Observation III.

Un enfant de 9 ans est atteint d'épiphora avec fatigue visuelle. Les yeux sont emmétropes. Il dit avoir souffert des dents, mais il ne s'en plaint plus depuis que les yeux sont malades. Dans la bouche, on constate un 4e degré à la deuxième molaire temporaire. Cette dent extraite fait disparaître en deux jours l'épiphora.

Observation IV.

Un homme de 35 ans est affecté de troubles de l'œil droit. Il y a mydriase et paralysie partielle de l'accommodation. L'œil gauche est emmétrope. Dans la bouche on constate que la deuxième petite molaire supérieure droite n'a plus que sa racine atteinte de périostite. La racine extraite, les accidents oculaires disparaissent.

Observation V.

Myosis, spasmes de l'accommodation, myopie à distance, accusés par une dame de 31 ans dont l'acuité visuelle est de 0,6 de loin, 2 de près. Le verre 1,50 dioptrique rend la vision nette de loin. La malade porte un appareil de prothèse qui recouvre des chicots de molaires affectées de périostite. Après leur extraction la vue redevient normale.

Observation VI.

Céphalée, vertige, amblyopie, constatés sur un homme de 26 ans. Les troubles visuels sont intermittents et se produisent de deux minutes en deux minutes. Les yeux sont normaux. Dans la bouche il y a périostite à l'incisive latérale droite, et aux chicots de la deuxième petite molaire. On enlève le tout et le lendemain le malade revient guéri.

Observation VII.

Rétrécissement du champ visuel, mydriase monoculaire hypermétropie binoculaire, constatés et occasionnés par les racines de la première grosse molaire gauche d'une femme de 34 ans. Elle ne peut distinguer les couleurs à 25 centimètres. L'extraction des racines faite, elle revient guérie trois jours après.

Observation VIII.

Paralysie partielle de l'accommodation observée sur un jeune homme de 20 ans. Il a à la première grosse molaire supérieure gauche un troisième degré qui, soigné, fait disparaître l'affection oculaire.

Un autre auteur, le Dr Galezowski, classifie ainsi les maladies oculo-dentaires : 1° maladies consécutives aux trois périodes physiologiques de la dentition ; 2° maladies oculaires qui résultent de la carie.

Première dentition.

Il peut y avoir chez les *enfants* irritation des nerfs dentaires qui se transmet aux branches de la cinquième paire. Cette irritation s'explique par le resserrement des alvéoles et par la difficulté des dents à percer. Elle se transmet alors aux branches nerveuses oculaires et donne lieu à des kératites, à des conjonctivites, à des abcès de la cornée.

Entre 1 et 3 ans des enfants sont souvent atteints d'abcès cornéens. Il est à remarquer que si, à cette époque, une crise de dent se produit, la maladie disparaît pour reparaître peu après la crise. Il peut se produire aussi du blépharospasme quand une dent vient à franchir l'avéole, car il y a alors irritation des nerfs dentaires concurremment avec les nerfs des paupières.

Observation I.

Un enfant de 3 ans avait eu deux attaques de kérato-conjonctivite, la dernière avec photophobie. Un point douloureux existait au niveau de la deuxième molaire supérieure. L'incision de la gencive fit disparaître l'affection.

Deuxième dentition.

On sait que les dents mettent environ 8 ans à évoluer. Pendant cette période, à citer comme affections oculaires : des kératites suppurées très rebelles, des kératites interstitielles, des spasmes des paupières. Dans tous les cas, l'intervention est très simple. Il faut faci-

liter la chute des dents temporaires, favoriser l'évolution des nouvelles.

Troisième dentition ou évolution de la dent de sagesse.

Elle donne lieu à des névralgies dentaires qui se transmettent aux branches ophthalmiques, de là, inflammation de la cornée, de l'iris.

MALADIES CAUSÉES PAR LA CARIE

Observation I.

Asténopie réflexe, troubles visuels, épiphora, observés pendant la période de calme de la carie sur une dame qui, ayant fait soigner ses dents cariées, voit disparaître son affection au bout de 18 jours.

Observation II.

Un homme de 55 ans a un abcès de la cornée avec spasmes de la septième paire. On constate que les deux molaires sont cariées (4 degrés) l'extraction pratiquée fait disparaître l'abcès.

Les Drs Desmarre, Mackenzie, Stellway, citent aussi de nombreux cas de spasmes, myopie, mydriase, etc., occasionnés par les dents cariées. Delestre rapport le cas de troubles visuels consistant en un affaiblissement de la vue allant même jusqu'à l'abolition, sans altération organique apparente. Cette altération a lieu par trouble de la nutrition de l'œil déterminé par une paralysie ou contracture réflexe des nerfs vaso-moteurs, surtout chez les sujets jeunes. Kœning observa une amaurose unilatérale survenue à la suite de périostite et d'abcès dentaires. Schmidt signale un cas de parésie de l'accommodation ; Duplay celui d'un homme qui ne pouvait ouvrir la bouche par suite de resserrement des mâchoires par contracture des muscles masticateurs sous l'influence de l'éruption difficile de la dent de sagesse, et dont l'œil gauche était atteint de douleurs intolérables, la vue était obscurcie et l'oreille même était atteinte de perforation du tympan. Nombre d'auteurs, tels que les Drs Panas, Gillet de Grandmont, Landolt, relatent encore de nombreux cas oculo-dentaires.

ORBITE ET VOIES LACRYMALES

Il arrive aussi que les dernières dents amènent la suppuration du sinus. Cet état peut donner une ostéite du maxillaire supérieur, d'où périostite dans la cavité orbitaire. Il peut y avoir aussi des affections du côté des voies lacrymales.

La carie osseuse produite par la carie dentaire, par exemple, qui se traduit par des abcès du sac lacrymal. Abaddie mentionne des lacryosystites dues à la propagation du processus inflammatoire. Le Dr Parinaud cite des fistules à la suite d'abcès dentaires s'ouvrant à la hauteur du sac lacrymal.

En résumé les maladies oculo-dentaires que l'on rencontre le plus souvent sont causées par l'évolution : des abcès cornéens, des conjonctivites (première dentition), des spasmes, des névralgies, des kératites

(deuxième dentition) ; ou causées par la carie, on a alors du blépharospasme, de la diplopie, de l'épiphora, de la mydriase, myosis, céphalée, amblyopie, irido-choroïdite, ophthalmie sympathique, fistules du sac lacrymal.

Il faut citer aussi les nombreux cas de kératites phlicténoïdes observés parallèlement avec les affections dentaires.

Là il faut incriminer l'état général du malade, les diathèses diverses par ralentissement de nutrition, etc., etc. Grâce à l'amabilité du Dr Gillet de Grandmont, j'ai pu constater dans sa clinique un grand nombre de ces cas, et constater le parallélisme de ces deux affections que l'on pourrait croire de causes distinctes et qui, en réalité, n'en ont qu'une seule.

Comme conclusion on peut dire que chaque fois que l'on se trouve en présence de l'une de ces affections signalées plus haut ; il faut examiner soigneusement la bouche du malade, et si l'on trouve au maxillaire supérieur des dents atteintes de caries compliquées, incurables, des racines ou chicots capables d'entretenir de la périostite chronique, il ne faudra pas hésiter à en pratiquer l'avulsion.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA CARIE DENTAIRE, SPÉCIALEMENT AU POINT DE VUE DE LA BACTERIOLOGIE

Par M. le Dr de Albertis Orazio, de Gênes.

(*Suite.*)

Physio-pathologie de la carie dentaire.

De ce que nous avons admis précédemment résultent deux principes fondamentaux : la carie dentaire dépend de l'altération directe des tissus dentaires par des substances produites dans la salive ou d'agents introduits dans celle-ci, altération favorisée par les conditions anatomiques ou constitutionnelles examinées précédemment, ou bien d'altérations spéciales de l'émail et de l'ivoire. Les auteurs, comme base de ces faits, se sont demandé quel est le mécanisme de la carie dentaire, étant donné l'intégrité de la dent. Partant de l'enveloppe de Nasmyth on a répondu : ou bien celle-ci a été détruite par l'usure de la mastication, ou bien elle a été altérée par l'action acide de la fermentation, après quoi l'émail s'altère par un processus de dissociation des prismes, dont les interstices se remplissent de granulations, en perdant leur transparence. Peu à peu ces éléments se confondent l'un l'autre et ce petit foyer dépourvu d'enveloppe se montre avec les caractères propres du premier degré de la carie déjà décrite. Ce phénomène commence donc à la surface externe de l'émail, suit la direc-

tion des prismes qui, peu à peu, se réduisent en débris granulaires composés en grande partie de sels de chaux. Ce mécanisme est uniforme pour tous les agents dissolvant l'émail seul ou commun aussi à l'ivoire. Dans le premier cas, en prenant pour exemple l'action prolongée de l'alun, des limonades citriques, le processus s'arrête à l'émail, et quelquefois on constate la destruction complète de l'émail, laissant à découvert toute la dentine. L'émail détruit, l'agent altérant se trouve en contact avec l'ivoire. La structure de ce dernier est plus pénétrable que celle de l'émail ; il en résulte une imbibition rapide des canalicules dentaires et puis la réduction des phosphates et des carbonates terreux qui passent à l'état de sels solubles et, par suite, la mise en liberté et la décomposition de la matière organique. Cette matière organique est celle qui se constate au deuxième degré de la carie et qui, une fois enlevée de la cavité, présente une consistance molle gélatiniforme. Ce ramollissement va en diminuant peu à peu de la surface au centre. Il y a des cas dans lesquels, sans être mise à nu, la pulpe peut déjà ressentir et faire naître de vives douleurs.

Les deux modes de développement de la carie décrits tout à l'heure résument le mécanisme complet de la formation de la maladie et sont applicables à tous les cas, quelles que puissent être les causes diverses qui en accentuent le caractère. Dans la physiologie pathologique de la carie dentaire est encore compris le phénomène de la propagation par contact, fait qui survient communément quand une dent cariée est contiguë avec une dent saine. En supprimant la contiguité de la dent atteinte par l'avulsion, on a observé que la carie initiale s'arrête promptement. Le mécanisme de la propagation par contact ne diffère pas des autres ci-dessus exposés.

Nous croyons opportun, avant d'exposer à cet endroit la physio-pathologie de la carie au point de vue de la bactériologie, de rappeler d'une manière brève les théories bactériologiques imaginées précédemment.

La première théorie, que nous appelons volontiers théorie étymologique, est celle qui, considérant les dents comme ayant une composition chimique et anatomique égale à celle de tous les autres os qui composent l'organisme humain, admettait l'homologie morbide, c'est-à-dire faisait de la carie des dents et des os un processus de nécrose identique. Il n'est pas besoin de dire combien cette théorie devait vite succomber, surtout après les études soigneuses de l'histologie des dents et des os.

Il en sortit donc une deuxième théorie qui, tout en considérant la carie dentaire comme une maladie de l'ivoire, ne l'identifiait plus avec un processus de nécrose, mais admettait un processus chimique vital en désignant de préférence la maladie sous le nom d'*odontite*. Comme la première, celle-ci acceptait donc une carie interne et une carie externe. Dans l'interne, le processus commençait à l'intérieur et s'avançait vers l'extérieur de la dent ; dans l'externe, on supposait une marche inverse. Quoique cette théorie regardât en cachette s'élever la théorie purement chimique, celle-ci survint en 1821 avec les études de Parmly, dans l'Amérique du Nord.

Plus tard, d'autres auteurs exclurent la carie interne et admirent que la carie dentaire procédait constamment de la périphérie au centre par un processus tout à fait spécial, dépendant d'une action purement chimique. Quant aux cas peu nombreux de carie interne admis et constatés par quelques observateurs, ils furent attribués à des recherches incomplètes et manquant de précision. Les observations, les examens chimiques et microscopiques répétés furent confirmés par les résultats cliniques et par les expériences de laboratoire et prouvèrent que la carie naturelle et la carie artificielle présentaient une analogie parfaite.

Pourtant Bridgeman, ne se trouvant pas satisfait des expériences concluantes des auteurs de toutes les nations, mit en avant la théorie électro-voltaïque, mais les principes sur lesquels il la fondait sont très obscurs et indéfinis. Cet auteur l'appuyait sur la présence constante de manifestations électriques sur les arcades dentaires et sur les dents ; il admettait aussi une électrode négative pour une partie de la pulpe ou du germe dentaire et une électrode positive dans l'émail et l'ivoire ; du développement continu de l'électricité entre les deux piles résultait la décomposition de l'émail et de l'ivoire et, par suite, la carie dentaire.

Cette théorie fut victorieusement combattue et repoussée par tous les écrivains sur l'odontologie moderne et aujourd'hui à la théorie chimique universellement acceptée succède la théorie bactériologique. La théorie n'est pas nouvelle, en effet, puisqu'elle a été déjà présentée il y a bien longtemps; mais avec la nouvelle direction donnée à la bactériologie par les travaux de deux champions éminents de la famille médicale, Pasteur et Koch, elle acquiert et acquerra un plus grand nombre de prosélytes pour devenir, sous peu, l'unique théorie vraiment rationnelle et à laquelle on devra, très probablement, adapter une thérapeutique nouvelle et beaucoup plus efficace que celle adoptée communément.

Déjà Ficinus, Endl et Klenké, les premiers, avaient admis que la cuticule de Nasmyth (point de départ de la carie) était décomposée exclusivement par des amas de vibrions et de filaments de leptothrix ; puis Schrott affirmait que l'agent spécial et exclusif de la carie était le protococcus. De même Neumann, Erdl et plus récemment Leber et Rottenstein cherchèrent à démontrer que l'agent exclusif de la carie était un leptothrix dont on pouvait constater la présence dans les canalicules dentaires et une de ses phases d'évolution consistait en spores disposées en amas ou en chaîne. Mais pour pouvoir ériger en vraie doctrine cette théorie, comme il est impossible que les micro-organismes multiples et de formes variées qui se trouvent dans la bouche puissent indifféremment produire le même effet pathogénétique, il importe de découvrir les producteurs de la carie. Les bactériologistes modernes sont donc en train de dévider l'écheveau embrouillé pour discerner, avec tous les moyens actuels de diagnostic bactériologique (micro-chimie et culture pure), quel peut être le micro-organisme spécifique de la carie dentaire. Des écrits de Flugge et de Miller on peut retenir ce qui suit : les nombreux organismes qui se trouvent à faire par-

tie des sécrétions buccales et de l'enduit qui recouvre la langue et les dents provoquent les processus de décomposition et de fermentation les plus disparates. Ces processus ont une importance très grande dans l'étiologie de la carie dentaire. Pour Miller la première phase de la ca-

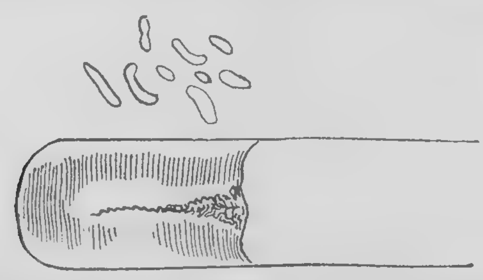


Fig. 1. — Bacille dentaire viridans dans la gélatine 8 jours après le commencement de la carie superficielle.

rie consiste dans la décalcification des tissus dentaires par des acides produits en grande partie par la fermentation buccale due à la présence des micro-organismes; le second stade doit être considéré

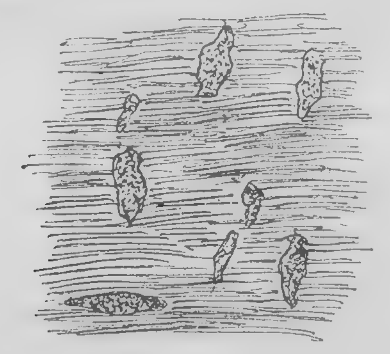


Fig. 2. — Carie de l'ivoire avec cavernes pleines de microbes (Miller).

comme une destruction de l'ivoire ramolli exclusivement par les micro-organismes. A une époque on attribuait au leptothrix une importance très grande dans la genèse de la carie ; on le décrivait comme composé de longs filaments ténus de 0,7 à 1,0 mm. de largeur, non segmentés en apparence et souvent réunis en faisceaux compacts ou en masses en forme de grille. Ces filaments existaient dans la cavité buccale, mêlés à des micrococques et autres schisomicètes qu'on décrivait sous le nom de leptothrix buccalis. La forme spéciale de ces filaments disposés en masses compactes de micrococques était considérée comme caractéristique de la carie dentaire. En outre, selon Leber, les filaments du leptothrix buccalis offraient une réaction tout à fait spéciale ; ils se coloraient en violet sous l'action simultanée de l'iode et des acides. L'iode seul est sans action, et, pour obtenir l'effet

micro-chimique désiré, il faut faire intervenir sur la préparation l'action d'un acide plus ou moins dilué, par exemple l'acide sulfurique, l'acide chlorhydrique, alors la réaction fait acquérir aux micro-organismes une coloration qui a beaucoup d'analogie avec la cellulose. Les meilleurs acides pour cette réaction sont les acides chlorhydrique, lactique et acétique. Alors qu'avec le papier réactif de tournesol, par exemple, on a constaté une base acide, avec l'iode seul on peut obtenir une réaction identique. Il a été établi pourtant que ce ne sont pas les contours qui se colorent, ils restent plutôt réfractaires; le contenu seul devient violet. Ledit leptothrix se trouve encore dans les concrétions des conduits lacrymaux et dans les expectorations de la gangrène pulmonaire (Traube, Leiden, Jaffe). Récemment Leber a démontré que le leptothrix buccalis inoculé dans la cornée produit une suppuration grave, qui se montre dans ce cas constituée par de longs filaments ténus et segmentés ou en forme de bâtonnets disposés en chaîne, qui présentent la réaction caractéristique de l'iode[1]. En outre Miller a décrit un leptothrix géant qui se trouve dans les dents des moutons, des bœufs et d'autres animaux, et qui revêt la triple forme de bacille, de coccus et de spirille. Rasmussen a réussi à isoler avec les cultures de gélatine et de pomme de terre les différentes bactéries qui se rencontrent dans la salive humaine. Il décrit trois espèces de leptothrix parce qu'ils forment dans les solutions nutritives (urine et bouillon) de longs filaments qui se divisent en filaments plus courts.

Conséquemment, d'après cet auteur, le nom de *leptothrix* ne doit pas être employé dans le sens générique, puisque les bacilles les plus différents peuvent fournir des filaments semblables. Il est probable que les filaments qui se rencontrent dans les sécrétions buccales et dans l'enduit des dents et de la langue ne représentent qu'une forme particulière de bacilles variés, définis et non définis. Il se peut, par exemple, que le bacille butyrique participe à la formation du leptothrix de la cavité buccale et probablement d'autres bacilles et en particulier des bacilles anérobies. Depuis qu'on emploie les méthodes de coloration récente et qu'on travaille avec le microscope à l'immersion, il est facile de se convaincre que les filaments de leptothrix de la cavité buccale ne dérivent pas d'une espèce unique.

Ces filaments sont de grosseurs variées, quelquefois ils engendrent des spores disposées en forme caractéristique ou une spore en voie de formation. Les uns sont rigides et fragiles, les autres plutôt flexibles.



Fig. 3. — Canalicule isolé infiltré de coccus.

Les espèces isolées jusqu'à ces derniers temps ne semblent pas égales au bacille qu'on désigne sous le nom de leptothrix. Comme il arrive

1. Archives d'ophthalmologie.

généralement pour les cultures, on ne met en évidence qu'une fraction des diverses espèces qui sont nettement visibles à l'examen microscopique. Miller, dans sa dernière communication, déclare également que le leptothrix buccalis ne peut se cultiver pur. Quant aux autres micro-organismes de la cavité buccale dans ces dernières années, Miller a réussi à en isoler 25 espèces différentes, 12 de coccus, 13 de bactéries. Parmi ceux-ci il en a isolé un qui a une morphologie



Fig. 4. — Canalicules dentaires infiltrés de coccus.

et une biologie propres : cultivé, il produit de petits bacilles en forme d'S ayant la propriété de fluidifier la gélatine. D'après Flugge ce bacille serait identique à celui de Finkler et de Prior.

Aux trois autres espèces Miller n'a pas pu encore assigner de caractères de différenciation bien stables. On a cherché aussi à connaître les micro-organismes ayant la prépondérance dans le développement de la carie et si leur action est primitive ou secondaire relativement à un processus chimique. A la vue on peut affirmer que le leptothrix ne se développe que secondairement dans une dent cariée.

D'après Cornil, Babes, Leber, Rottenstein on croit que les cellules de leptothrix pénètrent dans les canalicules dentaires, les dilatent, et qu'avec eux les acides pénètrent dans la dentine, détruisant ainsi cette



Fig. 5. — Microbes à la surface des fibres de l'ivoire (Flugge).

substance. Miller pense, au contraire, que l'action des acides commence par ramollir en un point superficiel la dentine dépourvue préalablement de la couche d'émail et que les bactéries y pénètrent

secondairement. Weil suppose que les bactéries peuvent entrer au travers de la couche d'émail. Miller a prouvé, au contraire, que les micro-organismes ne peuvent jamais traverser le tissu sain s'il n'y a pas eu d'abord d'action chimique dissolvant la couche calcaire. Underwood et Miles ont constaté que les bactéries pénètrent dans la carie dentaire. Klebs a décrit un leptothrix pusilla qui formerait, suivant lui, le tartre dentaire qui se dépose sur les dents, mais cette manière de voir n'est pas exacte parce que le leptothrix ne se développe pas dans le terrain du tartre. Les concrétions calcaires se forment à l'ouverture des glandes salivaires sur la muqueuse tandis que les grandes masses de leptothrix se trouvent sur la muqueuse, et sur les parois labiales des incisives, c'est-à-dire dans le vestibule de la bouche. Au début les dents commencent à se décalcifier sous l'influence des acides qui se forment dans la bouche au moyen de la fermentation. La partie décalcifiée est ensuite envahie par les bactéries. On peut expérimentalement rendre la salive acide en la mêlant pendant 4 heures à la température de 20° avec du sucre et de l'amidon. Si, au contraire, on chauffe le mélange à 100° et si on ajoute de l'acide phénique, il ne se produit aucun principe acide.

Après les travaux de Miller nous devons citer ceux, non moins importants, de Galippe et Vignal. Ces deux auteurs ont eu recours à un moyen de technique qui semble exempt de toute erreur. Avant tout ils ont établi qu'il est nécessaire d'examiner à un fort grossissement les coupes des dents cariées et colorées convenablement pour réussir à observer un nombre extraordinaire de micro-organismes non seulement dans la cavité de la dent, mais encore dans les canalicules de l'ivoire. Ces microbes remplissent les canaux dont les parois sont détruites et deviennent toujours plus rares à mesure qu'ils approchent du germe dentaire, de sorte qu'on peut suivre le processus migratoire desdits micro-organismes.

Galippe et Vignal sont parvenus à séparer les micro-organismes non pathogènes dans la carie des dents en adoptant le procédé suivant. Après avoir soigneusement nettoyé la surface d'une dent, ils ont coupé l'ivoire altéré par le processus pathologique, puis, après immersion de la dent dans l'alcool, ils brûlèrent l'esprit resté autour de la dent ; cela fait, ils placèrent la dent sur du papier stérilisé, la réduisirent soigneusement en poudre et répandirent ensuite celle-ci dans divers milieux de culture.



Fig. 6. — Canalicules de l'ivoire contenant des microbes (Vignal et Galippe).

En opérant ainsi, Galippe et Vignal ont pu isoler sur dix-huit dents

six espèces de micro-organismes. Quatre de celles-ci se trouvèrent constamment dans toutes les dents, la 5e huit fois, la 6e cinq fois seulement. Les caractères morphologiques et biologiques de ces microbes sont décrits très succinctement par Galippe et Vignal, qui ont promis de revenir en détail sur ce sujet après de nouvelles expériences.

En attendant, le résumé de leurs travaux peut s'exprimer en ces termes :

1° La première espèce trouvée dans les 18 spécimens est représentée par un petit bacille court et épais, c'est-à-dire de 15 à 20 mm. s'il est cultivé dans une culture de gélatine, il forme assez rapidement un filament blanc, puis, au bout de 3 ou 4 jours, la gélatine commence à se liquéfier en devenant d'un blanc opaque. Sur les plaques de culture il forme de petites colonies blanches, légèrement en relief, qui, après avoir atteint 2 ou 3 mm. de diamètre, liquéfient la gélatine. Ce micro-organisme coagule le lait en formant de l'acide lactique ;

2° La 2e espèce est constituée par un bacille ayant 3 mm. de longueur, étranglé au centre. La culture ne diffère pas de la précédente, mais ses colonies sont plus considérables avant de fluidifier la gélatine; elle développe égalment de l'acide lactique, mise au contact du lait ;

3o La 3e espèce est un bacille ressemblant beaucoup au précédent, mais ne présentant pas d'étranglement. Il se réunit par chaînes surtout dans les cultures liquides; il présente la particularité d'avoir les deux extrémités coupées à angle droit, il ne liquéfie pas la gélatine; c'est un aérobien; cultivé dans la gélatine il détermine la formation de bulles de gaz, ne coagule pas le lait, qu'il transforme plutôt en un liquide jaune ou brun et rend la caséine incoagulable avec les acides ;

4° La 4e espèce représente un bacille court et ténu, aussi long que large, de sorte qu'à première vue il ressemble à un coccus ; il fluidifie la gélatine et sa culture prend une teinte jaunâtre ; il transforme la caséine du lait, qui répand bientôt une odeur choquante qui dissout la fébrine ;

5° Le micro-organisme rencontré 8 fois sur 18 est un bacille de 4 à 5 mm. de longueur, arrondi aux deux extrémités, qui liquéfie la gélatine, la troublant après avoir formé une bande blanchâtre à la surface. Transforme le lait en un liquide brunâtre qui, avec le temps, devient noir et répand une odeur nauséeuse ;

6° Le micro-organisme isolé 5 fois sur 18 est un coccus volumineux qui se rencontre dans les dents les plus détruites par la carie. Il ne fluidifie pas la gélatine, mais forme à la surface des bandes blanchâtres, coagule le lait en formant de l'acide lactique plus ou moins abondant.

Dans la pulpe dentaire enflammée (pulpite) mais sans rapport avec la carie du 2e degré, Galippe et Vignal ont trouvé 3 autres espèces de micro-organismes. Ces trois microbes ne se trouvent pas dans la dentine et cette singularité est expliquée de la façon suivante : quand des fragments de dent se disséminent avec la pulpe infectée, celle-

ci étant séparée de la cavité cariée par une mince couche de dentine, il peut arriver que les micro-organismes qui se trouvent dans la pulpe trouvent seulement dans celle-ci les conditions favorables à leur développement et que, dans leur trajet au travers de l'ivoire, ils soient annihilés dans le conflit vital qu'ils soutiennent avec les autres micro-organismes très nombreux, tandis que les quelques survivants se sont mis à l'abri, se constituant en colonie isolée dans la pulpe elle-même. Le premier de ces micro-organismes propres à la pulpe est le *bacterium termo*. Le 2e est celui décrit par Vignal dans son premier mémoire; il a une action spéciale sur les substances en transformant le sucre en acide lactique. Le 3e est le staphylocoque pyogène aureus, qui se trouve dans une dent profondément cariée. Cette dernière découverte est très intéressante parce qu'elle explique la genèse de la suppuration qui se forme quelquefois autour d'une dent ou plus ou moins loin de celle-ci, étant donné que le staphylocoque pyogène aureus est le produit spécifique de la suppuration.

Malgré les études de Galippe et Vignal on ne peut pourtant pas conclure avec Bouchard que la carie dentaire n'a pas pour cause un microbe unique, mais qu'elle est plutôt le résultat d'agents infectieux multiples.

La fermentation incessante qui s'opère dans la bouche aux dépens des substances alimentaires produit des acides, comme les acides lactique, butyrique qui décalcifient le revêtement superficiel de la dent, la cuticule de Nasmyth et l'émail, en mettant la dentine à nu; alors les canalicules de l'ivoire se trouvent ouverts aux microbes spécifiques qui y pénètrent et accélèrent la dissolution des sels calcaires, le squelette organique de la dent restant isolé, la partie minérale ayant été détruite par la carie chimique.

A propos de la question des microbes de la cavité dentaire se posent deux questions d'ordre pratique très intéressantes pour l'odon-

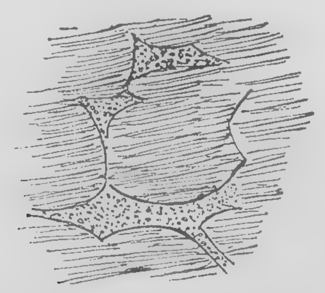


Fig. 7. — Espaces interglobulaires de l'ivoire remplis de microbes (Miller).

tologie; on s'est demandé en effet : 1° combien de temps dure la vitalité de ces microbes? 2° à quels accidents s'expose-t-on après une obturation convenable faite avec les ciments les plus parfaits, l'amalgame ou l'or? A ces questions Galippe et Vignal se sont hâtés de répondre, ce dernier d'une façon singulière, en assurant que, après la résection la plus soignée de l'ivoire malade, en accompagnant l'opé-

ration des antiseptiques les plus puissants, il reste toujours au-dessous de l'obturation des canalicules contenant des microbes. Mais sont-ils morts ou vivants, ou bien latents, attendant une occasion favorable pour remettre en mouvement leurs propriétés biologiques? Galippe croit qu'on peut admettre que ces micro-organismes restés au-dessous de l'obturation sont absolument morts quand on a fait usage préalablement de médicaments antiseptiques diffusibles; mais il admet que sur ceux-ci il peut en exister d'autres à l'état de germes, état intermédiaire entre la vie et la mort, dont quelques-uns finiront par mourir, comme il l'a constaté dans une dent, guérie depuis 45 ans, pleine de cadavres de micro-organismes au-dessous de l'obturation. D'autres peuvent survivre et cheminer très lentement vers la pulpe en mettant des mois et des années, et, arrivés sur celle-ci, ils peuvent déterminer des pulpites violentes et cela même quand on a employé le mode de traitement le plus parfait.

Quand, au contraire, la cavité de la carie est profonde, auquel cas elle ne reste séparée de la pulpe que par le moyen d'une mince couche de dentine, il est facile, même après l'emploi le plus soigneux des antiseptiques et l'obturation, que des accidents de pulpite aiguë ou chronique et de périostite se produisent un et même 2 et 3 mois après l'obturation. Telles sont les complications qui peuvent survenir postérieurement à l'obturation qui intercepte la communication entre l'extérieur et l'intérieur des canalicules dentaires. Des complications peuvent pourtant arriver par un autre moyen, la communi-

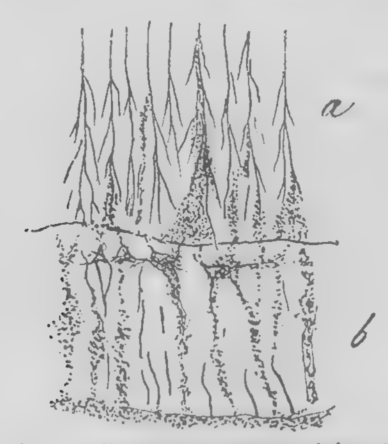


Fig. 8. — *a*) ivoire, *b*) cément. Canaux pleins de microbes.

cation des canalicules avec l'extérieur peut se faire par manque de cohésion de la paroi de la cavité avec la substance obturatrice employée. L'adhérence ou cohésion pourra avoir résisté au moment de l'obturation et puis disparaître avec la destruction successive des bords dentaires, soit par absorption de la substance elle-même, ou par un chancellement de la matière obturatrice à la suite de l'acte répété de la mastication; dans ces cas on comprend facilement com-

ment la salive s'infiltre dans la solution de continuité ou l'espace entre la paroi dentaire et la matière obturante et comment avec la salive pénètrent de nouveaux microbes qui causent une nouvelle invasion pathogénésique de la carie. La présence des microbes dans les canalicules explique comment, alors qu'il ne reste plus une mince couche d'ivoire entre la cavité et la pulpe, cette dernière peut difficilement se préserver de l'infection. Les micro-organismes qui se sont infiltrés dans les canalicules finissent par atteindre le germe dentaire malgré une rigoureuse antisepsie et en un temps plus ou moins long. Quand les microbes arrivent au contact de la pulpe, la condition locale s'aggrave notablement, parce que les micro-organismes

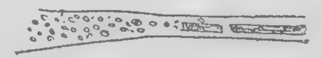


Fig. 9. — Coccus dans un canalicule dilaté par le processus.

passent rapidement dans les vaisseaux dentaires et de ceux-ci dans les alvéoles où ils rencontrent les anfractuosités présentées par le périoste alvéolo-dentaire, et en favorisent le développement rapide et ultérieur. Alors il est très difficile de pouvoir les détruire avec les antiseptiques les plus puissants. Ils peuvent former des colonies qui, traversant le périoste ainsi que l'alvéole, produisent des abcès de grosseur et d'importance diverses.

En résumé, des notions bactériologiques rappelées on peut déduire les conclusions suivantes :

1° Les microbes jouent un grand rôle dans la carie dentaire et dans les autres affections qui attaquent les dents ;

2° Ils sont la cause exclusive de beaucoup d'autres affections buccales ;

3° Ils vivent constamment dans la bouche, attendant le moment favorable pour devenir offensifs d'inoffensifs.

(A suivre.)

(Giornale di Corrispondenza pei Dentisti.)

LE CHOC ET SON TRAITEMENT

Par M. A. Kottmann

J'entends par choc l'ébranlement brusque des fonctions les plus importantes pour la vie. Comme phénomènes les plus significatifs il faut considérer la grande faiblesse du cœur et la respiration superficielle. La peau est pâle et froide, le visage tiré, avec les yeux morts et les lèvres livides, est défiguré et couvert de sueur froide, la connaissance persiste, les mouvements sont lents, la sensibilité est affaiblie. Quand le choc dure plusieurs heures, une élévation de température survient. Le choc se produit quand certains organes très sensibles tels que les testicules, les os ou les entrailles sont foulés ou broyés ou quand une violence émoussée agit avec une force

atténuée. L'hémorragie n'a pas besoin d'être considérable. Le choc est un simple trouble fonctionnel dans l'organisme dont on ne trouve aucun substratum matériel à la section.

Les théories qui expliquent cette manifestation se divisent en deux classes principales, suivant que le système vasculaire ou le système nerveux central est considéré comme le premier intéressé. La première définit le choc comme une paralysie réflexe du cœur et des vaisseaux causée par un traumatisme; d'après la seconde, le choc est un épuisement causé par le réflexe d'une atteinte profonde de la moelle allongée et de la moelle épinière, dans laquelle une lésion simultanée des divers centres amène un affaiblissement de l'action du cœur et de la respiration, un abaissement de la pression du sang et de la température et d'autres troubles. La fièvre accompagnant un choc est, suivant moi, une suite du traumatisme lui-même. Les substances qui provoquent la fièvre sont ici de nature chimique et non bactérique, elles proviennent des tissus normaux dont elles ont été séparées par le traumatisme. Je citerai notamment l'hémoglobine, le ferment de la fibrine et d'autres corps analogues.

Je m'élève surtout contre la confusion du choc avec les faiblesses qui surviennent après les violentes hémorragies. Ces deux états morbides se ressemblent bien dans leur aspect extérieur, mais diffèrent essentiellement si on les étudie de près. Dans les hémorragies nous avons toujours un pouls battant vite, une respiration rapide, profonde, parfois haletante ; les gens souffrant du choc ne présentent pas les phénomènes d'excitation cérébrale qui se traduisent après les hémorragies par des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, des battements de cœur, des bâillements et même des spasmes.

Les moyens ordinaires comme l'alcool, la caféine, l'éther, le camphre, peuvent, dans les cas difficiles, laisser dans l'embarras. La similitude de l'extérieur de celui qui est atteint du choc et de celui qui a une hémorragie m'a donné l'idée de recourir à la transfusion de l'eau salée, que j'ai employée quatre fois avec succès. L'action de cette eau dans le choc est facile à comprendre : si l'on accepte la théorie neuropathologique comme exacte, l'eau salée amenée jusqu'au cœur doit exciter si violemment ses ganglions que leur battement redevient énergique. Par l'augmentation de la pression dans les artères, le système nerveux central doit recevoir peu à peu plus de sang et se rétablir rapidement. L'explication est encore plus facile si l'on admet la théorie hémopathologique. Dans ce cas, l'eau salée remplirait le cœur vide et les vaisseaux pauvres en sang et satisferait aux conditions hydrauliques de la circulation jusqu'à ce que le sang arrêté dans les vaisseaux abdominaux soit remis en liberté et devienne utilisable pour la circulation.

Les malades qui souffrent du choc présentent très souvent des lésions exigeant une grande opération, la plupart du temps l'amputation de membres. Mais l'expérience montre que ces malades ne doivent être chloroformés qu'avec la plus grande précaution, la faiblesse du cœur prenant un caractère alarmant après quelques

inhalations seulement. Il en est autrement pour l'éthérisation, car celle-ci ne conduit pas seulement vite à l'analgésie, mais encore elle active le mouvement du cœur de telle façon que souvent, loin d'avoir besoin de transfuser de l'eau salée, on peut mener à bonne fin de grandes opérations qui durent longtemps.

(Corresp. f. Schw. Ærzte et *Zahnärztliches Wochenblatt.)*

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Assemblée générale annuelle du mardi 31 janvier 1893

Présidence de M. Gillard, vice-président.

(Extrait du procès-verbal.)

La séance est ouverte à 9 heures 1/4.

45 membres sont présents.

L'assemblée décide que le procès-verbal, qui a été publié, ne sera pas lu et en prononce l'adoption.

M. Francis Jean, secrétaire général, donne lecture de lettres d'excuses de MM. Poinsot et Frey.

Il communique son rapport qui est mis aux voix et adopté (voir d'autre part).

M. Viau, trésorier, donne lecture du rapport suivant :

Messieurs et chers confrères,

La scission des deux sociétés, opérée par suite de la reconnaissance d'utilité publique de la Société civile, nous oblige à vous présenter un compte rendu financier spécial pour l'Association générale des dentistes de France.

Au point de vue financier, la Société se compose des caisses de l'Association proprement dite, de celle du journal *l'Odontologie* et de celle de la Société de prévoyance. Mes honorables confrères, MM. F. Jean, Touchard et Lemerle, viennent de vous exposer le bon fonctionnement de ces divers groupes, je me bornerai donc à vous soumettre leur situation financière de plus en plus florissante.

Année 1893.

1° Association générale :

Recettes : Recouvrements faits par l'Association tant pour son compte personnel que pour celui de la Société civile............................	6.110,00
Dépenses : Frais pour recouvrements............	148,70
Reste :	5.961,30

Cette somme a été répartie de la façon suivante :

1° Somme encaissée pour le compte de la Société civile de l'Ecole	3.055,00
2° Remboursement de frais payés par l'Ecole pour le compte de l'Association	248,30
3° Versement fait au journal : Reliquat à M. Dubois pour 1 mois	137,50
id. pour les 11 mois suivants.	1.605,50
4° Versement fait à la Caisse de prévoyance	915,00
Soit ensemble :	5.961,30

2° Caisse du journal :

Recettes	7.872,90
Dépenses	5.890,63
Solde en caisse au 1er janvier 1893 :	1.982,27

3° Caisse de la Société de prévoyance.
Recettes :

En caisse au 1er janvier 1892	5.766,22
Arbitrage	20,00
Profits et intérêts	163,70
Attributions de l'Association	915,00
Ensemble :	6.864,92
Dépenses diverses	178,00
Secours distribués	25,00
Solde en caisse au 1er janvier 1893 :	6.661,92

Comme vous le voyez, messieurs, l'année a été des plus prospères surtout en ce qui concerne la gestion financière du journal que nous administrons pour la première fois. La caisse de la Société de prévoyance s'accroît de plus en plus, nous nous trouvons aujourd'hui avec un chiffre assez élevé en caisse (6.661,92). J'adresse ici tous mes remerciements à mes collègues MM. Martinier et Paulme, pour le zèle qu'ils ont mis dans l'accomplissement de leurs fonctions, et vous demande de vouloir bien approuver les comptes que je viens d'avoir l'honneur de vous soumettre.

Ce rapport est mis aux voix et adopté.

L'ordre du jour appelle la discussion des statuts modifiés.

M. Francis Jean fait remarquer que les modifications portent sur l'exclusion de tout ce qui n'est pas relatif à l'Association et en donne lecture.

Les articles 1 à 5 sont adoptés.

Sur l'art. 6 *M. Roy* fait observer que l'apostille de deux membres n'était pas nécessaire jusque-là pour l'admission des titulaires.

L'art. 6 est adopté, ainsi que les art. 7 à 11.

M. Roy propose la suppression de l'art. 12 qui fait double emploi avec l'art. 6.

Cette proposition est repoussée et l'art 12 est adopté ainsi que les art. 13 à 16.

A propos de l'art. 17 *M. Roy* demande l'adjonction des mots : *Le membre radié par le Conseil de direction pourra en appeler à l'assemblée générale.*

MM. Gillard et *Tusseau* présentent des observations à cet égard.

La proposition est mise aux voix et repoussée.

L'art. 17 est adopté, ainsi que les art. 18 à 23.

Relativement à l'art. 24 *M. Roy* s'étonne qu'on exige que les membres démissionnaires restent en fonctions.

M. Gillard répond qu'il s'agit de la démission en masse.

M. Roy insiste.

M. Tusseau appuie l'observation de M. Gillard.

La proposition de M. Roy est repoussée.

L'art. 24 est adopté, ainsi que les art. 25 à 35.

Sur l'art. 36 *M. Richer*, de Vernon, demande la fixation de l'assemblée générale à un dimanche de janvier, l'après-midi.

M. Roy appuie cette proposition, ainsi que *M. Viau.*

La proposition est adoptée, ainsi que l'art. 36 avec la modification.

Les art. 37 à 39 sont adoptés.

Sur l'art. 40 *M. Roy* demande une modification de forme rendant la rédaction plus claire.

Cette modification est adoptée. L'art. 40 est adopté ainsi que les art. 41 à 43.

M. Swaycarski fait remarquer que l'art. 44 devrait être ajouté à l'art. 1er.

M. Roy appuie l'observation et ajoute que l'article contient une erreur de rédaction dont il demande la suppression.

La double proposition est adoptée.

M Roy demande également la suppression de l'art. 45 qu'il trouve inutile.

Cette suppression est approuvée.

L'ensemble des statuts est approuvé.

L'ordre du jour porte le renouvellement partiel du Conseil de direction.

M. Viau demande à l'assemblée de faire entrer des membres de province dans le bureau de l'Association.

M. Roy fait observer que ce n'est pas là une proposition à formuler en assemblée.

Le scrutin est ouvert. Il donne les résultats suivants :

Nombre des votants.......	38	Majorité absolue..........	20
Suffrages exprimés........	37	Bulletin blanc............	1

Ont obtenu :

MM. Richer, de Vernon....	34	MM Berthaux, de Soissons.	26
Francis Jean.........	34	Coignard, de Nantes...	25
Löwenthal...........	32	Martinier............	24
Viau................	31	Noël père, de Nancy...	20
Audy, de Compiègne..	31	Denis...............	18

MM. Bertrand	16	MM. D'Argent	2
Legret	15	Frey	2
Claser	14	Lemerle	2
Gravollet	10	Arnold, Billebaut, Maille, Bioux, Godon, Dubois, chacun	1
Dugit	4		
Sauvez	4		
Fabre	4		

MM. Richer, Francis Jean, Löwenthal, Viau, Audy, Berthaux, Coignard, Martinier, Noël père, sont élus.

Il est procédé à un 2e tour de scrutin pour le 10e membre, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants 32
Suffrages exprimés 32
Ont obtenu :
MM. Claser .... 18 voix
Legret 12
Sauvez, d'Argent chacun 1

M. Claser est élu.

La séance est levée à 11 heures 25.

Le Secrétaire général,
Francis JEAN.

NOTA. — Le compte rendu qui précède n'est qu'un résumé succinct du procès-verbal, lequel est au secrétariat, à la disposition des membres de l'Association qui auraient des modifications à y apporter. (Décision du Conseil de direction.)

RAPPORT ANNUEL

Par M. FRANCIS JEAN, secrétaire général.

Messieurs,

Si j'ai l'honneur inattendu de prendre la parole à cette séance, permettez-moi de vous en expliquer le motif.

Mon attachement profond aux intérêts professionnels et à notre Société m'a fait céder aux sollicitations pressantes de mes collègues du Conseil, mis dans l'obligation de pourvoir au remplacement de M. Tusseau, secrétaire général démissionnaire, qui, depuis deux années, remplissait si bien ses fonctions. Nous regrettons tous cette décision de M. Tusseau, car nul n'ignore son zèle pour faire prospérer notre Association, et nous devons proclamer bien haut son mérite d'avoir succédé, sans que l'on s'aperçût du changement, à un fonctionnaire qui occupa ce poste pendant plus de dix ans, avec la distinction qu'on lui a connue.

Pénétré de l'importance de cette tâche, je vais faire mes efforts pour m'en acquitter à votre satisfaction, en attendant que je puisse en remettre la charge à celui que vos élus de ce soir auront choisi.

L'historique de notre groupement qui donna naissance à l'école dentaire, à la clinique, à la Société d'odontologie, au syndicat professionnel, à la caisse de prévoyance et au journal l'*Odontologie*, vous a été fait dans les plus menus détails par mes prédécesseurs ; je ne vous répéterai donc pas ce que vous connaissez tous et ce que vous avez tous applaudi.

Mon rôle est simplement de vous exposer la situation de l'Association générale des dentistes de France, par suite de la division qui nous fut imposée par la reconnaissance d'utilité publique de l'Ecole, division que vous avez approuvée à l'assemblée générale du 31 mai 1892. Notre Société ne comprend actuellement que trois subdivisions :

1° Le syndicat professionnel ;

2° La caisse de prévoyance ;

3° Le journal l'*Odontologie*.

Il n'est donc question aujourd'hui que de vous exposer l'état général de l'Association et le rôle particulier des trois artères de notre groupement. Nous devrons ensuite soumettre à votre approbation des modifications à nos statuts, modifications portant exclusivement sur l'élimination de tout ce qui ne peut rester sous la dépendance de notre Association, laquelle jouira à l'avenir de son autonomie.

Nos deux groupes professionnels, l'Association et l'Ecole, quoique différents comme administration, n'en doivent pas moins rester intimement liés l'un à l'autre, car il est de l'intérêt de leurs membres, de faire partie de l'un et de l'autre simultanément. A cet effet la cotisation a été divisée en deux parties dont la somme n'est pas plus élevée qu'autrefois lorsqu'existait la fusion.

Ce rapport pourra, j'espère, vous montrer que nos deux Sociétés sœurs visent le même but, en prenant chacune une part de la tâche commune. Aussi doivent-elles s'engager à se prêter leur concours réciproque en toutes circonstances. En réalité, ces groupes forment une seule et même famille dont une moitié a eu les préférences administratives. Le gouvernement, à tort ou à raison, a jugé l'école et la clinique comme plus utiles aux intérêts généraux, mais cette appréciation ne diminue en rien la valeur et l'importance de l'Association. De cette organisation il résulte que nous sommes en quelque sorte chargés des intérêts moraux et matériels de notre corporation, et dans ces conditions nous avons le devoir de faire respecter son existence et ses droits dans tous les cas. L'occasion s'en est offerte lorsqu'il s'est agi de présenter nos revendications à nos législateurs, au cours de la discussion du nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine, projet qui devait nous créer une existence légale. Les résultats obtenus par vos mandataires sont connus ; ils ne sont certainement pas l'idéal, mais vous avez approuvé leurs efforts et vous les avez encouragés ; notre dignité n'en ressort peut-être qu'avec plus d'éclat. Nous avons su faire avouer, quoique ce soit chose connue, que le dentiste a créé son art lui-même, et que la réglementation de sa profession devait exiger des études spéciales. Espérons à cet égard que le Conseil supérieur de l'instruction publique reconnaîtra la valeur

des études que, de notre initiative privée, nous avons jugées nécessaires pour permettre d'exercer honorablement notre profession. Nos législateurs affirmeront par cela même, la justesse des appréciations et l'importance des encouragements que nous ont prodigués bon nombre de notabilités scientifiques telles que MM. Trélat, Verneuil, Brouardel, etc. Votre prochain Conseil d'administration, joint à celui de l'Ecole, devra continuer ses démarches dans le but de faire ménager les situations acquises, depuis l'élève jusqu'au praticien exerçant; cela peut être fait sans porter atteinte à notre dignité professionnelle. Il est bon de rappeler cette marche parallèle de l'Ecole et de l'Association sur laquelle on ne saurait trop insister.

Lorsque de tous côtés, dans les sociétés semblables à la nôtre, j'entends se plaindre de l'apathie et de l'indifférence des membres, je suis heureux de voir notre accroissement rapide. Ici l'éloquence des chiffres permet d'éviter tout commentaire. En 1890 le nombre de nos membres s'élevait à 276 ; actuellement, soit deux ans plus tard, il a dépassé 400. Une telle augmentation dans le nombre des adhésions prouve combien la collectivité est profitable à notre profession et combien celle-ci sait le reconnaître. Si les prérogatives ont pu paraître à quelques uns faiblement diminuées relativement à l'Ecole, rien m'empêche de les augmenter dans l'Association. On mettrait ainsi à contribution les bonnes volontés des confrères de province qui pourraient, dans une certaine proportion, faire partie du futur Conseil d'administration. Cela fut, du reste, l'objet d'une proposition de M. Lemerle, approuvée unanimement par le Conseil. Cette innovation nous faciliterait l'organisation des congrès régionaux. Ceux-ci n'ont pu encore être inaugurés, nos efforts ayant été absorbés par des péripéties multiples. Le juste émoi de notre corporation par la réglementation, la transformation de nos Sociétés par la reconnaissance d'utilité publique et enfin des événements graves d'ordre intérieur dont vous connaissez tous les détails, ont contribué, pour une large part, à augmenter la difficulté de notre travail administratif. Je ne reviendrai point sur ces derniers incidents, du reste demeurés sans effet au point de vue général, car les récriminations ralentissent toujours l'action.

La situation de notre groupement montre bien la nécessité des collectivités professionnelles ; celles-ci permettent et stimulent, en effet, les relations confraternelles dont l'importance ne peut échapper à personne. Mais en cette matière des règles déontologiques s'imposent, régissant les devoirs des praticiens tant envers eux-mêmes qu'envers le public. C'est ainsi que, comme société privée, nous devons faire preuve d'initiative au profit de la corporation.

Combattre le charlatanisme devrait être une de nos principales préoccupations. Le résultat serait avantageux pour la masse du public, qui profiterait le premier de la loyauté dominant notre carrière. Dans combien de circonstances le public n'est-il pas abusé par des réclames mensongères? A cet égard la vulgarisation des bienfaits de notre art par l'Ecole dentaire de Paris a été un avantage considérable dont il y a lieu de nous réjouir. Si cette Ecole augmente le nombre des

praticiens, elle augmente surtout leur valeur et en même temps, dans de bien plus grandes proportions, le nombre des personnes qui attachent de l'importance à la conservation de leurs dents.

L'œuvre entreprise a donné d'immenses résultats, répondant à des besoins profonds, dont, il n'en faut pas douter, l'avenir confirmera le mérite humanitaire.

Ces considérations générales exposées, il est nécessaire de vous dire quelques mots de chacune des branches de notre groupement.

Syndicat professionnel.

Le syndicat professionnel ou Chambre syndicale des dentistes s'occupe particulièrement des intérêts matériels de la corporation.

Les litiges entre les praticiens, leurs employés ou leurs clients sont examinés, étudiés et tranchés au mieux des intérêts de tous ; cela évite souvent l'intervention judiciaire, car le syndicat s'efforce toujours, et c'est son devoir, d'obtenir l'arrangement amiable. Les arbitrages sont connus pour leur impartialité en raison de leur impersonnalité. Quelques justices de paix le désignent régulièrement et parfois aussi le tribunal de commerce pour traiter les questions d'expertises. Votre nouvelle administration devra faire des efforts pour que cet exemple se généralise.

L'importance de notre syndicat ne fait que croître aussi et nous pouvons espérer que prochainement les experts bénévoles nous transmettront leurs pouvoirs ; les experts particuliers n'ont en effet pas de raison d'être et ils devraient être les premiers à reconnaître que, là encore, la collectivité paralyse les influences personnelles, qui ne sont pas sans peser sur la solution.

Lorsque votre syndicat reçoit de nos confrères, même de la province, des plaintes sur l'incorrection professionnelle de leurs concurrents, il se fait un devoir de les démasquer publiquement et il a su en différentes circonstances mettre un terme aux manœuvres déloyales entachant parfois notre profession. Dans la circonstance on peut dire qu'il fait œuvre d'hygiène sociale.

Caisse de prévoyance.

La caisse de prévoyance a pour but de soulager les infortunes des dentistes membres de l'Association ou non, employés ou patrons ; elle est l'expression de nos sentiments d'humanité confraternelle. De temps en temps quelques secours sont remis lorsque la nécessité nous en est signalée. Si nous déplorons les misères ou les difficultés qui peuvent assaillir nos confrères atteints soit par l'âge ou la maladie, nous sommes heureux de penser que notre caisse peut réparer une partie de ces maux. Il importe d'avoir souci de l'amélioration des situations difficiles auxquelles sont exposés les membres d'une profession libérale comme la nôtre. Les exemples à citer — il faut nous en féliciter — sont rares heureusement. Malgré la bonne situation de notre caisse, nous devrions nous efforcer d'accroître nos fonds de réserve, car le nombre croissant de nos confrères peut nous créer des devoirs à remplir ; les risques deviendront plus nombreux et aug-

menteront fatalement nos charges. Ne serait-il pas douloureux de laisser dans la misère la famille d'un confrère enlevé à l'affection des siens sans avoir pu assurer leur avenir? La prévoyance est une vertu à laquelle on n'attache jamais trop de prix.

Journal l'Odontologie.

Cet organe restera dorénavant le trait d'union de nos deux groupes, Association et Ecole dentaire; il est demeuré attaché spécialement à l'Association, à cause des membres de province, pour les tenir régulièrement au courant de leur situation vis-à-vis de la Société elle-même et pour leur signaler les progrès professionnels. Les relations avec l'étranger ne font que se développer; c'est ainsi qu'il s'est assuré la collaboration du Dr Bargnoni, président de l'Association dentaire de Rome, nommé récemment membre correspondant.

A côté des avantages moraux il est bon de noter que les bénéfices matériels qu'il peut réaliser sont versés maintenant dans votre caisse, ce qui ne pouvait se faire avant l'année 1891, à cause de l'affermage concédé à un membre de l'Association. La réorganisation de cette branche importante de notre Société, complétée par la réintégration de ses bureaux à votre siège social, empêchera à l'avenir des interprétations inexactes relativement à son administration.

L'*Odontologie* est le plus important des journaux professionnels. Ses publications françaises et son intérêt scientifique expliquent son succès.

En terminant, je crois être l'interprète de tous en adressant les plus sincères félicitations à son comité de rédaction qui n'a cessé de lui conserver son caractère intéressant à tous égards.

J'espère que cet exposé sommaire vous permettra de vous rendre compte de la situation brillante et prospère de notre Société; nous avons la conviction d'avoir défendu avec conscience les intérêts que vous nous avez confiés.

En remerciant nos collègues de leurs encouragements et de leur bienveillance, je souhaite à nos remplaçants le succès que méritent des travailleurs qui prennent à cœur l'accomplissement du devoir; c'est par le travail et la collaboration qu'ils rendront impérissable l'œuvre entreprise il y a douze ans.

Il me reste le pénible devoir de nous annoncer le deuil qui vient de frapper l'Association par la mort de M. Victor Lecaudey. Je suis sûr d'exprimer les sentiments de tous nos confrères en adressant nos sympathiques condoléances à notre vénéré président honoraire pour la perte douloureuse qu'il vient d'éprouver en la personne de son frère.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Nous recevons la lettre suivante que nous publions avec plaisir

A MES CONFRÈRES

La séance du 31 janvier 1893 a vu porter au Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France cinq membres de la province. Etant un des nouveaux élus, je viens remercier mes confrères de l'honneur qu'ils m'ont fait et leur présenter le plus brièvement possible les réflexions que me suggère la nouvelle phase dans laquelle notre Association vient d'entrer.

Qu'ils me permettent tout d'abord de leur dire, toute personnalité à part, qu'en faisant entrer des dentistes de province au Conseil de direction, ils ont fait un acte juste et raisonnable. Je suis d'autant plus à l'aise pour le déclarer que je n'ai ni cherché ni espéré cette distinction, et que, certes, je fus sincèrement surpris de voir les suffrages de mes confrères s'arrêter sur un nom aussi modeste que le mien.

Mais puisque le décret d'utilité publique nous sépare de l'école à laquelle nous nous intéressions vivement, que nous avons vue naître et grandir et à laquelle nous avons apporté notre obole, à défaut de notre temps, puisqu'on nous enlève le droit de prendre part à l'élection du Conseil qui la dirige, n'est-il pas de toute justice de nous laisser, à nous provinciaux, autre chose que des charges et de nous donner enfin quelque compensation dans l'Association générale? Espérons d'ailleurs que ce nouvel état de choses sera profitable non pas aux quelques-uns d'entre nous qui seront l'objet de la confiance de leurs confrères, mais bien à l'Association tout entière. Mais pour que cet heureux résultat soit atteint, pour que cette nouvelle mesure puisse porter tous les fruits qu'on en peut attendre, il ne faut pas que ceux qui en sont l'objet s'en désintéressent; que les dentistes de province sachent donc profiter de la bonne fortune qui leur échoit, c'est ce que je voudrais leur faire entendre.

Combien sont-ils faisant partie de l'Association? 110 et l'*Aide-Mémoire* de M. Dubois mentionnait en 1885 plus de 550 dentistes établis en France; certainement ce nombre n'a fait qu'augmenter depuis. Combien d'abstentionnistes! Il y a parmi eux des gens professant pour la science et le progrès le plus profond dédain; ceux-là, il ne faut pas espérer les rallier. Mais le nombre en est restreint, je crois, et il y a, à côté de ces indifférents, des praticiens sérieux et attachés à leur art, qui, jusqu'à présent, se sont tenus en dehors de notre groupe professionnel. C'est à eux que je m'adresse.

Hier leur attitude pouvait encore s'expliquer. Je me figure que leur raisonnement était à peu près celui-ci : « Qu'irais-je faire dans cette Association? En retour de ma cotisation, je ne trouve guère d'avantage appréciable que le journal. Il est fort intéressant, j'en conviens, mais il traite de nouveautés que moi, dentiste de la vieille

école, qui ai fait en grande partie mon éducation moi-même, je ne puis comprendre et appliquer sur une simple description. J'aurais besoin pour cela d'en voir la démonstration. Il y a bien les séances de la Société d'Odontologie, mais je suis trop loin de Paris pour les suivre régulièrement et j'ai peu de chance d'y assister précisément le jour où on y traitera les questions qui m'intéressent le plus. Je crois que le mieux est de rester ce que je suis ! »

Aujourd'hui, mon cher confrère, il n'en va plus de même, et pour peu que vous vous en donniez la peine, je suis sûr que vous trouverez des avantages sérieux à être des nôtres.

Désormais, si vous avez à présenter et à soutenir une idée nouvelle, vous pouvez être assuré de trouver au Conseil de direction des interprètes fidèles et au besoin des promoteurs d'améliorations utiles à la province. Vous pouvez espérer faire partie vous-même de ce Conseil et un jour mettre au service de tous votre expérience et votre savoir.

Je parlais d'innovations en faveur de la province. La séance du 31 janvier en a vu adopter une, dont vous apprécierez, je crois, toute l'importance. Dorénavant, l'assemblée générale annuelle aura lieu non plus le soir, ce qui était fort gênant pour nous, mais dans l'après-midi et un dimanche. Nous pourrons donc discuter à l'aise et voter en connaissance de cause. Les gens sérieux ou pressés pourront rentrer chez eux à une heure raisonnable ; ceux qui ne sont ni l'un ni l'autre auront l'occasion de passer une soirée à Paris. Enfin et surtout cette séance sera précédée d'une réunion qui aura lieu le matin à l'école et dans laquelle il sera fait soit une conférence, soit des démonstrations pratiques sur les sujets les plus intéressants et les plus nouveaux.

Il y a là, pour un praticien amoureux de son art ou simplement soucieux de ses intérêts, une occasion unique de s'instruire.

Pour cela il suffit de vouloir. Autrement nos confrères de Paris seraient en droit de nous dire : « Qu'avez-vous fait des facilités que vous aviez de concourir à l'œuvre commune ? Vous êtes des incapables ; laissez-nous faire progresser à nous seuls notre science et élever le niveau d'un art dont les profits seuls vous intéressent ! » Considérez au contraire ce que pourrait, pour notre profession et pour nos intérêts, une Association unissant la presque totalité des dentistes de France, et ayant à sa tête des confrères habitant les grandes villes. Pourquoi ne verrions-nous pas se développer dans les centres les plus importants des associations régionales, comme celle qui existe déjà à Bordeaux, je crois, et dont les Présidents seraient membres du Conseil de direction de l'Association générale des dentistes de France ? Ce conseil exprimerait ainsi véritablement l'opinion et les désirs de tous ceux qu'ils ont mission de représenter.

Pour moi, j'ai accepté l'honneur que mes confrères m'ont fait, parce que je pense que, dans une période d'organisation, on a besoin de toutes les bonnes volontés ; sachant bien d'ailleurs que dans ma petite ville, éloigné de tout confrère, je ne puis que peu de chose pour amener à notre œuvre tous ceux qui lui sont encore étrangers :

ce rôle conviendrait mieux à un dentiste de grande ville. Je mets donc au service de l'Association mon dévouement et ma bonne volonté, jusqu'au jour où elle aura trouvé quelqu'un de plus digne ou de plus capable de lui rendre des services. Ce jour-là je me retirerai avec plaisir devant lui, heureux d'être encore par là utile à l'œuvre à laquelle mon concours sera toujours acquis.

L. Richer.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Traitement de l'ozène par l'électro-chimie (chlorure de cuivre). — II. Propriétés antiseptiques et préparation du boro-borax. — III. Poudre dentifrice antiseptique. — IV. Poudre antiseptique décolorante. — V. Poudre dentifrice de Toirac. — VI. Opiat dentifrice à la glycérine.

I. — Traitement de l'ozène par l'électro-chimie (chlorure de cuivre)

M. Jousselain a employé le procédé de M. Gautier pour traiter trois ozéneux dont il rapporte l'observation détaillée. Ce procédé consiste, comme on le sait, à utiliser les actions électrolytiques du courant galvanique sur des électrodes décomposables, et, en particulier, dans le cas présent, sur le cuivre rouge. Sous l'influence d'un courant constant de faible intensité (5 à 8 milliampères), il se forme, sur l'électrode positive, en cuivre, un dépôt verdâtre qui n'est autre que de l'*oxychlorure de cuivre*. Ce corps, à l'état naissant, semble présenter des propriétés anti-microbiennes très énergiques. Le manuel opératoire suivi par M. Jousselain a été le suivant : introduction dans une narine, jusqu'au contact du pharynx, d'une tige cylindrique en cuivre rouge. Cette tige, reliée au pôle positif de la batterie, représente l'électrode positive. L'électrode négative est placée dans l'autre narine sous forme d'un tampon d'ouate hydrophile. De cette façon, la résistance est à peu près nulle et la douleur très modérée, d'autant plus que l'intensité est faible (de 5 à 10 milliampères). Les résultats ont été favorables. Dans les trois cas, après trois applications faites à un intervalle d'une dizaine de jours, l'examen rhinoscopique a montré la muqueuse en bon état. Les croûtes avaient disparu et l'odeur était à peine appréciable. Cette amélioration se maintenant depuis plusieurs semaines, M. Jousselain croit pouvoir conclure que l'électro-chimie donne, dans l'ozène, des résultats supérieurs à tous les traitements habituellement employés, sans toutefois vouloir prétendre que les ozéneux soumis à l'électro-chimie sont guéris. En pareille matière la plus grande réserve est de rigueur.

M. Apostoli. — Les observations de M. Jousselain sont très intéressantes, mais l'auteur a-t-il fait l'examen comparatif de l'électrolyse simple, sans actions secondaires, avec électrodes inoxydables et de l'électro-chimie ?

M. Tripier. — Les recherches de M. Garrigou-Desarènes répondent à la question de M. Apostoli. M. Désarènes a publié un certain

nombre de cas d'ozène traités par le courant galvanique au moyen d'électrodes en platine. Les résultats étaient plutôt bons, mais ils n'ont pas été confirmés par les auteurs.

M. Gautier. — L'électrolyse simple diffère de ma méthode, employée par M. Jousselain, en ce que j'évite, par des intensités très basses, toute action caustique en vue de permettre à l'oxychlorure à l'état naissant d'imprégner les tissus. J'ai pu constater, dans mes expériences sur les animaux, que l'action caustique mettait une sorte de barrière entre l'électrode soluble et les tissus, tandis que, lorsque cette action caustique est évitée, l'oxychlorure imprègne la région circonvoisine à une profondeur de plusieurs centimètres.

Les basses intensités sont donc un des principes de ma méthode, ce qui fait que je n'ai plus à me préoccuper de la question douleur dans mes appréciations.

(*Revue d'hygiène thérapeutique.*)

II. — Propriétés antiseptiques et préparation du boro-borax

M. Bourgeois emploie fréquemment depuis six mois le boro-borax découvert en 1891 par M. Jœnicke et lui trouve des propriétés antiseptiques supérieures à celles de l'acide borique. Il emploie pour la thérapeutique courante des affections oculaires une solution à 10 : 100. Mais il a remarqué que, dans le cas d'instillation préalable de cocaïne, il se forme un précipité. Il a soumis le cas à M. Christiaens qui, après avoir étudié les réactions ainsi produites, lui a remis la note suivante :

« Le boro-borax, donné par la méthode de M. Jœnicke, est alcalin, et sa solution est également alcaline. En séparant les eaux-mères et faisant recristalliser le sel une ou deux fois, on arrive à l'obtenir parfaitement neutre.

» Une solution de sel neutre, versée dans une solution de chlorhydrate de cocaïne, donne un précipité qui se redissout immédiatement ; avec le sel alcalin, le précipité ne se redissout pas. C'est donc le sel neutre qu'il faut employer, si l'on doit se servir en même temps de cocaïne.

» Comme la préparation du boro-borax cristallisé est assez longue, et qu'une solution à 10 : 100 est suffisante pour les usages journaliers, il est plus simple de l'obtenir directement de la façon suivante :

Acide borique..................	100 grammes.
Borate de soude................	Q. S. pour neutraliser.
Eau distillée....................	Q. S. pour un litre.

» Il est assez difficile de déterminer la quantité exacte de borax nécessaire pour arriver à neutralisation. Ce nombre est variable avec le borax employé. Mais, avec le borax ordinaire des pharmacies, la dose est de 97 à 98 grammes. On amène la solution à être sensiblement neutre, plutôt un peu acide ; elle ne doit pas être alcaline (précipitation des alcaloïdes) ; elle ne doit pas être fortement acide, il se

formerait rapidement un précipité d'acide borique; il faut qu'elle soit *à peine* acide. »

Le boro-borax, ainsi préparé, reste un peu inférieur, comme antiseptique, au sublimé à 2 : 1000. Mais il a l'avantage, sur ce dernier, de ne pas être irritant et de n'être point toxique. Il peut être placé au même rang que l'acide phénique et il est supérieur, comme je l'ai dit précédemment, à l'acide borique.

Il y a donc lieu, lorsque le traitement est confié au malade lui-même, surtout s'il s'agit d'enfants, de substituer le boro-borax au sublimé; il y a lieu également de prescrire le boro-borax dans le cas où l'on ordonnait l'acide phénique et surtout l'acide borique. Et cela tout aussi bien dans la chirurgie générale que dans les maladies des yeux.

(*Un. méd. du Nord-Est.*)

III. — Poudre dentifrice antiseptique (Le Gendre)

Poudre d'acide borique..................	10 grammes.
— de chlorate de potasse...........	3 —
— de gayac........	6 —
— de carbonate de chaux..........	16 —
— — de magnésie........	16 —
Essence de menthe ou de géranium......	IV gouttes.

IV. — Poudre antiseptique décolorante

Chlorure de chaux.......................	5 grammes.
Phosphate de chaux......................	30 —
Poudre de savon..........................	10 —
Corail pulvérisé..........................	10 —

V. — Poudre dentifrice de Toirac

Carbonate de chaux......................	40 grammes.
Magnésie calcinée........................	80 —
Sucre pulvérisé.......	40 —
Crème de tartre pulvérisé............. ..	12 —
Essence de menthe.......................	X gouttes.

VI. — Opiat dentifrice a la glycérine

Carbonate de chaux précipité	} ââ 50 grammes.
Poudre de savon............	}
Glycérine	}
Carmin.................................	Q. s.
Essence de menthe......................	X gouttes.

(*Le Progrès médical.*)

MISCELLANEA

I. — Sarcome des fosses nasales

Par M. Katzenstein.

Un malade, âgé de 24 ans, vint à la fin de septembre 1889, à la *Polyclinique* de mon maître, le Dr *Baginski*. Négation de la syphilis. Au fond de la fosse nasale droite, tumeur de la grosseur d'une noix de galle, rouge, mollasse et fendillée. Saigne légèrement au toucher. Impossible, à première vue, de bien préciser le siège exact de cette tumeur, car elle remplissait tout l'infundibulum de la fosse nasale. L'examen microscopique témoignait en faveur d'une tumeur maligne, et, eu égard à l'âge du malade, à l'aspect et au siège du néoplasme, on diagnostiqua qu'il s'agissait vraisemblablement d'un *sarcome*. Ce diagnostic clinique fut confirmé par l'examen histologique d'une parcelle enlevée : il s'agissait, en effet, d'un sarcome à grosses cellules fusiformes.

Comme l'opération endonasale ne semblait nullement promettre une guérison radicale, le malade fut adressé au prof. *Küster* qui, le 8 octobre 1889, à l'*hôpital Augusta*, l'opéra de la façon suivante : incision du nez et légère luxation en dehors des os du nez, après quoi la tumeur put être enlevée d'une façon relativement lente par énucléation. Au cours de l'opération, on put constater qu'elle provenait de la cloison. Malgré une résection de la cloison, et comme *Küster* et *Baginski* en étaient convaincus, la tumeur ne s'étendait pas plus loin et l'opération fut achevée dans de bonnes conditions. — Réunion par première intention.

Au bout de quinze jours, le patient se considérait comme guéri ; mais 2 mois 1/2 après, de nouvelles productions polypiformes apparurent au niveau du champ opératoire : cependant, il s'agissait tout simplement d'hypertrophie de la muqueuse sur le siège de la tumeur primitive. Fin août, une récidive se manifesta, ainsi qu'on put s'en convaincre nettement par l'examen macroscopique et microscopique, et en octobre on engagea vivement le malade à se soumettre à une nouvelle opération. Il s'y refusa jusqu'au 28 mai 1891. A ce moment, il était inopérable.

Depuis, l'état s'est peu modifié. Le patient accuse une sensation de tension dans le côté droit de la tête. La fosse nasale droite est remplie complètement par une tumeur volumineuse et solide venant saillir en dehors du nez. A l'examen, on constate qu'elle ne pénètre pas dans le naso-pharynx. Dans ces derniers jours, je n'ai pas fait la rhinoscopie postérieure et je ne puis dire, hélas ! si la tumeur pénètre actuellement dans le naso-pharynx.

Vous pouvez remarquer, du côté droit, une infiltration œdémateuse prononcée de la paupière supérieure, sur laquelle on remarque une fistule dans la moitié interne. L'œdème n'est pas nettement limité par l'os, car il intéresse aussi le périoste. La racine du nez est très élargie et saillante, toute la glabelle est soulevée. Sur la paroi du nez, du côté droit, et sur le dos, deux fistules : une petite à la partie supérieure et

une deuxième un peu plus bas; de celle-ci, sort du tissu granuleux, selon toute vraisemblance constitué par une expansion sarcomateuse. La paupière supérieure droite est tellement procidente, qu'il n'existe plus de fente palpébrale. Cependant, quand le patient fait des efforts dans ce sens, on aperçoit une mince bande de sclérotique. Ce ptosis est donc mécanique.

Les troubles moteurs présentent un intérêt tout particulier, spécialement du côté droit. En effet, si on soulève la paupière supérieure droite, on constate que le globe, au repos, est dévié légèrement en bas et en dehors. Si le malade cherche à regarder à droite, le bord externe de la cornée reste à 2-3 millim. de la commissure palpébrale ; regarde-t-il en dedans, la partie centrale de la pupille reste à 2-3 mill. d'une ligne verticale passant par les points lacrymaux inférieurs. Les conditions sont sensiblement identiques quand le malade regarde en haut et en bas. A gauche, au niveau du sac lacrymal, tumeur saillante avec fistule au voisinage du point lacrymal. La pression sur le sac fait sourdre une grande quantité de pus. A gauche, les mouvements du globe sont normaux. Fond de l'œil normal. Diplopie croisée, l'image de droite est normale, donc celle de l'œil gauche est plus élevée. La déviation supérieure s'observe quand l'objet est porté en haut; la déviation latérale, si l'objet est porté à gauche. Cette déviation latérale a lieu quand on déplace l'objet de 1 millim. environ et qu'on le porte à 1 1/2 millim. de la ligne médiane ; dans ces conditions, la déviation supérieure équivaut à la largeur de la main. Il y a en outre du strabisme pour les deux images et il est tel, qu'elles se comportent ainsi : *II* leurs extrémités supérieures inclinées à droite.

Cette tumeur s'est donc accrue en dehors du nez, a gagné le périoste et peut-être aussi le tissu cellulaire de l'orbite, d'où parésie de tous les muscles externes de l'œil droit.

L'examen microscopique a permis de constater les signes caractéristiques d'un sarcome à grosses cellules fusiformes.

(*Revue intern. de rhin., otol. et laryng.*)

II. — Tumeurs bénignes du sinus maxillaire

Heymann, qui a pratiqué l'ouverture des sinus maxillaires sur 250 *têtes*, consigne le résultat de ses études dans une monographie illustrée de nombreuses figures.

Sur les 500 sinus examinés on en a trouvé 31 contenant des tumeurs d'un volume plus ou moins considérable, c'est-à-dire qu'on les a rencontrés dans la proportion de 1 p. 16 ou 17. Dans 4 *cas*, l'affection était double. Aussi, doit-on conclure, d'après les 26 *cas* restant, que l'affection se rencontre une fois sur 9 ou 10 sujets.

Dans beaucoup de cas, on trouve, en outre, des signes manifestes d'inflammation aiguë ou chronique ; dans les autres, la muqueuse est intacte. L'auteur en conclut que, dans ces derniers, l'inflammation n'a pu se développer ; mais cette conclusion ne me paraît rien moins que prouvée. On ne saurait, en effet, refuser d'admettre qu'étant apparue et s'étant complètement résorbée, l'inflammation n'ait pu cependant, quand elle a eu lieu, déterminer un processus irritatif.

Il faut noter particulièrement la description remarquable d'un cas de kyste du sinus, sujet sur lequel on pourra également trouver des détails complets dans la littérature française.

Heymann, dans ce cas, a rencontré un kyste volumineux principalement développé dans le cavum et un autre plus petit, implanté dans la partie

spongieuse du maxillaire où il avait déterminé de l'amincissement de la paroi antérieure. Le plus gros kyste usant la paroi antérieure du sinus avait occasionné une perforation de l'os. Le néoplasme avait été provoqué par des racines cariées ; il ne renfermait pas la moindre trace de dents, et on ne trouvait pas non plus de membrane pyogène à l'intérieur.

On n'observa pas d'ostéomes indépendants de l'os ; pourtant, on a signalé un cas de ce genre sur la paroi antérieure du sinus frontal. Très fréquemment furent rencontrées des productions ostéoplasiques, dans le périoste, sous forme de lamelles, conformément aux descriptions anatomiques fournies par *Zuckerkandl* et comme *Heryng* en a constaté un cas sur le vivant. Ordinairement les ostéomes furent trouvés accompagnés d'autres néoplasmes (kystes, et dans un cas polype à surface lisse et à pédicule délié). A ce propos, l'auteur s'en réfère à une remarque de *Giraldès* pour qui n'existeraient pas toujours des deux côtés des ouvertures accessoires.

Heymann, sur les 250 cas, a trouvé des polypes 14 fois et par cette dénomination il désigne tous les néoplasmes qui se développent aux dépens de la muqueuse, dans laquelle ils trouvent en effet un terrain propice.

Il a constaté des néoplasmes pédiculés de grosseurs variables et affectant la forme de poire, de champignon, de boudin. Les tumeurs largement pédiculées étaient généralement de volume moins prononcé, mais leur importance pathologique est plus considérable, puisque, grâce à leur situation sur la voûte de l'orbite et sur l'*ostium maxillaire*, elles peuvent déterminer, à la façon d'une soupape, l'obstruction du sinus. La remarque de l'auteur relativement à la formation de polypes lamellés est toute nouvelle, et il ne faut pas les confondre avec de simples replis de la muqueuse. Il s'agit alors tout particulièrement de polypes à pédicule mince, et libres d'adhérences dans le sinus.

Dans un cas spécial, la cavité de l'antre était remplie de néoplasmes lamellés, de telle sorte qu'on ne rencontrait pas un seul point de muqueuse saine. Sur les premiers néoplasmes s'en greffaient d'autres de même genre, qui eux-mêmes donnaient naissance à une troisième série. Ce qui restait de la cavité était rempli de masses caséeuses très denses, et en grumeaux. L'examen histologique révéla l'existence d'une inflammation chronique de la muqueuse, qui se renouvelait dans les lamelles, grâce aux vaisseaux lymphatiques et aux glandes kystiques. Heymann fait de cette variété une forme de polypes branchiaux.

La dernière partie de son travail est consacrée aux kystes *muqueux* de l'antre, qu'il a trouvés isolés dans 13 *cas* et associés à d'autres néoplasmes 6 *fois*. Il en existait toujours plusieurs, et dans une circonstance il a constaté jusqu'à 11 kystes muqueux, de volume considérable. L'auteur leur assigne une origine glandulaire. En effet, il a trouvé dans un seul et même kyste de l'épithélium aplati et de l'épithélium cylindrique et brillant des conduits excréteurs. L'examen de la muqueuse du sinus démontra en outre (comme *Zuckerkandl* l'avait déjà avancé) que l'épithélium cylindrique s'étendait à une certaine distance dans le canal excréteur.

Enfin, il reste à signaler certains *œdèmes de la muqueuse* — qui ont été déjà mentionnés par *Zuckerkandl* et par *Schech* — et que Heymann a observés quatre fois. L'orifice du sinus est quelquefois plus ou moins obstrué par une tuméfaction gélatineuse, ce qui peut en imposer faussement pour une formation kystique. En pareil cas, il s'agit simplement d'une imbibition avec distension des éléments conjonctifs, par un liquide clair et de nature lymphatique. Dans un cas, seule une portion du re-

vêtement muqueux était intéressée, tandis que dans les trois autres, le processus s'était étendu à toute la muqueuse. Il ne semble pas qu'on ait jusqu'ici diagnostiqué cette affection sur le vivant.

Ce travail se recommande tout spécialement à l'attention des spécialistes. On peut admettre que dorénavant le diagnostic des diverses affections de l'antre d'Hygmore pourra être établi d'après les indications fournies par l'auteur.

(*Revue intern. de rhin., otol. et laryng.*)

III. — Coupes de cranes ; déviation osseuse de la cloison ; cornets moyens ampullaires ; sinus maxillaire cloisonné

M. Moure. — Poursuivant mes recherches anatomiques sur les cavités accessoires de la face, j'ai rencontré récemment quelques particularités assez intéressantes pour mériter de vous être communiquées.

La première pièce que je vous présente est un éperon osseux de la cloison occupant le point d'union de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et du bord supérieur du vomer. Il est facile de voir sur cette pièce que la déviation est la conséquence d'une sorte d'adossement du bord libre des deux os formant la cloison en arrière. Il semble bien que, dans ce cas, la déviation avec éperon a été la conséquence d'un développement exagéré et trop rapide du septum osseux dans le sens vertical. Les deux os, allant à la rencontre l'un de l'autre, ont dû s'adosser par leur extrémité libre pour arriver à se développer complètement. L'on distingue encore nettement sur cette pièce le point de soudure des deux os et l'incurvation subie par eux.

L'on sait que si les déviations du septum sont chose commune et connue de tous, leur mode de formation, leur pathogénie est, au contraire, moins nette, car l'on a invoqué toutes sortes de causes pour expliquer leur production. Je ne serais pas éloigné de croire que leur apparition est liée jusqu'à un certain point à la seconde dentition et c'est l'idée du Dr Potiquet qui a beaucoup étudié la question. L'on sait, en effet, depuis les recherches de Zuckerkandl, que c'est surtout à partir de l'âge de sept ans que commenceraient à apparaître ces inflexions, saillies ou éperons, et l'on sait aussi que c'est l'âge où la deuxième dentition commence à apparaître. Ce rapprochement, encore peu connu, mérite d'être signalé, car il nous semble avoir son importance dans la pathogénie des lésions qui nous occupent. De même, le mouvement d'inflexion antéro-postérieur que subit l'axe crânio-facial (Potiquet) peut aussi expliquer certaines incurvations latérales du septum nasal.

La deuxième pièce est un bel exemple de ce que l'on a appelé la *dilatation ampullaire* (kysto-pneumatique) du cornet moyen. Quoique signalée par les anatomistes, cette disposition spéciale du cornet moyen est assez rare pour mériter d'être conservée. L'on voit ici que ce cornet est creusé d'une véritable arête communiquant largement en avant avec le sinus frontal et un peu plus en arrière avec les cellules ethmoïdales antérieures.

La troisième pièce représente un sinus maxillaire complètement cloisonné à la partie supérieure et par conséquent composé de deux cavités distinctes séparées par une lame horizontale, laissant à la partie inférieure un sinus de petites dimensions, s'ouvrant largement dans le méat moyen, et au-dessus une deuxième cavité beaucoup plus petite, de la dimension d'une petite noisette, ovoïde, et s'ouvrant également dans le méat moyen, au-dessus de l'ouverture de la première cavité.

Les sinus complètement cloisonnés sont relativement rares. Le Musée

Orfila, à Paris, en possède un bel exemple, où la cloison est verticale, limitant deux cavités de forme et de dimensions à peu près égales.

La quatrième coupe représente un autre d'Hyghmore réduit à sa plus simple expression, il a à peine le volume d'une graine de raisin aplatie, et la paroi osseuse inférieure qui le sépare de la racine des molaires mesure plus de trois centimètres. L'os est dur, compact et l'on comprend sans peine avec quelle difficulté on eût pénétré dans cet antre par l'alvéole.

Je tiens à faire remarquer, en terminant, que ce sinus s'ouvre très largement dans le méat moyen par un orifice elliptique, occupant toute la longueur de l'antre dans le sens antéro-postérieur. Malgré cette disposition, le cathétérisme par l'orifice naturel présente encore des difficultés considérables sur le cadavre où l'on ne craint pas de rudoyer un peu les cornets et la cloison. La lèvre inférieure de l'infundibulum est tellement saillante que le bec de la sonde déborde à peine au-dessus de lui, mais ne *pénètre pas dans le sinus*. Il faut, pour faire ce cathétérisme, enlever la cloison et plonger de *haut en bas* dans la cavité béante de cet antre. Une injection, poussée à l'entrée de l'infundibulum, eût pénétré en partie dans le sinus, mais il eût été difficile d'y faire passer la sonde de Hartmann ou toute autre. Je tiens à insister sur cette particularité pour m'élever contre ceux qui prétendent faire si aisément le cathétérisme du sinus maxillaire.

M. Coyne rappelle que le siège des déviations de la cloison se fait au niveau de l'union des cartilages et des os ; aussi les rattache-t-il à une question de développement.

M. Moure est de cet avis, mais il y a aussi des déviations osseuses. Les traumatismes, l'évolution des dents, la syphilis héréditaire ont été également invoqués sans preuves comme on a invoqué aussi l'action de se moucher [1].

(*Gazette des hôpitaux de Toulouse.*)

IV. — Anesthésie par l'association du bromure d'éthyle et du chloroforme

M. Terrier. — Vous vous souvenez qu'en 1880 M. Terrillon nous a entretenu du bromure d'éthyle comme procédé anesthésique. Après une étude expérimentale, notre collègue l'avait appliqué à l'homme et en avait retiré des résultats satisfaisants ; toutefois, comme il avait été frappé des phénomènes de congestion et même d'asphyxie momentanée que l'emploi de ce liquide détermine, il avait fait quelques réserves sur la possibilité de prolonger l'anesthésie par ce moyen. Même opinion s'était dégagée de la discussion qui avait suivi cette communication ; toutefois, un de nos collègues, M. Lucas-Championnière, nous informait qu'il en avait déjà fait usage fréquemment chez les femmes en couches, et que peut-être il y aurait avantage à associer le bromure d'éthyle et le chloroforme.

Or, ce procédé d'anesthésie mixte vient d'être mis en pratique depuis plusieurs mois, dans mon service, par M. Hartmann. Il a été appliqué dans 66 cas de la manière suivante : on commence d'abord par faire respirer le bromure, versé sur une compresse ; en une ou deux minutes

---

1. Je viens d'observer tout récemment un malade chez lequel les cartilages du nez sont fortement déviés à gauche : la cloison, manifestement trop longue, fait une notable saillie dans la fosse nasale droite qui est presque entièrement bouchée. Or ce malade, qui est droitier, se mouche toujours de la main droite. Dr Dupin.

l'anesthésie est produite et à ce moment on peut remarquer de la congestion de la face, quelquefois des phénomènes d'asphyxie et la contraction de la pupille ; puis cette dernière se dilate, ce qui indique qu'on a obtenu son anesthésie. On substitue alors au bromure le chloroforme, qu'on donne d'abord à doses un peu plus considérables que s'il eût été employé seul ; puis on continue par petites doses.

D'après les faits que nous avons observés, il est à remarquer que la période initiale du sommeil ainsi provoqué est presque exempte des phénomènes d'agitation qu'engendre le chloroforme, qu'elle est beaucoup plus courte, puisqu'il suffit de cinq à dix minutes pour que le procédé mixte donne une anesthésie complète et durable, et qu'enfin il y a une dépense moindre de la quantité totale de chloroforme. Comme incidents, je n'en ai aucun à signaler, sinon qu'il y a eu échec chez un alcoolique, fait qui s'était déjà présenté antérieurement chez lui avec le chloroforme seul.

M. Richelot. — Les faits pratiques que l'on vient de nous communiquer me paraissent d'autant plus intéressants que j'ai déjà moi-même utilisé ce moyen d'anesthésie, sans lui reconnaître d'autres avantages réels que d'être surtout utile dans certains cas particuliers. Il y a deux ou trois ans, M. Poitou-Duplessis eut l'idée de faire cette association des deux anesthésiques et, dans une communication, il en a relaté les résultats. Cette année encore, il en a fait le sujet d'une nouvelle communication à la *Société obstétricale et gynécologique.*

Pour ma part, j'ai ainsi endormi mes malades pendant près de deux ans, après avoir abandonné le procédé préconisé par nos confrères de Bordeaux (chloroforme et injections d'atropo-morphine), que j'avais tenté pendant quelque temps, et je suis arrivé à cette conviction que le bromure associé au chloroforme ne doit être préféré au chloroforme seul que chez les sujets dont les réflexes peuvent être dangereux. C'est ainsi qu'il m'a été utile chez quelques cardiaques et chez quelques malades atteints de bronchite.

M. Terrillon. — Quand j'ai fait ici ma communication, elle reposait sur 30 cas d'anesthésie avec le bromure seul, expérimenté à Lourcine. J'en ai continué l'usage à la Salpêtrière pendant 18 mois, mais je l'ai abandonné, effrayé par les accidents d'asphyxie, non mortels cependant, qui se montraient fréquemment. Depuis cette époque, ce procédé a été très utilisé à Nancy, chez les femmes en couches en particulier, puis en Allemagne et en Amérique, où il aurait été quelquefois suivi de mort. C'était pour moi une raison de plus de ne pas y revenir pour les longues opérations ; aussi n'y ai-je plus eu recours que de temps en temps, dans les cas où l'anesthésie devait être de courte durée.

M. Terrier. — Pour ce qui est de l'association du bromure et du chloroforme, je tiens à déclarer que je ne me suis pas aujourd'hui occupé de la question historique, qui s'y rattache. Je n'ai surtout eu en vue que de signaler un procédé qui me semble mettre plus à l'abri des premiers incidents que provoque le chloroforme et qui expose moins aux réflexes.

(*Société de chirurgie. Bulletin médical.*)

V. — Du plombage des os (H. Dreesmann)

Pour combler les cavités osseuses résultant de l'extraction de séquestres, d'abcès ossifluents, de l'ablation de tumeurs, du curettage de foyers ostéomyélitiques ou ostéotuberculeux, l'auteur préconise un nou-

veau procédé, qu'il a expérimenté, chez des malades de la clinique chirurgicale de M. le professeur Trendelenburg, à Bonn, procédé analogue au plombage des dents et qui consiste à remplir la cavité osseuse d'une pâte de plâtre préparée avec l'eau phéniquée à 5 °/°.

Pour que ce plombage réussisse, il faut que la cavité osseuse soit complètement débarrassée par le curettage de tous les tissus mortifiés ou morbides qu'elle peut contenir et qu'elle soit, en outre, stérilisée. Cette stérilisation s'obtient par le moyen suivant : on remplit la cavité osseuse d'huile d'olive, puis on fait passer l'huile à l'état d'ébullition, en y plongeant et en y mettant pendant quelques instants la pointe incandescente d'un thermo-cautère de Paquelin.

La cavité une fois stérilisée, on l'essuie avec du coton et on la remplit de pâte plâtrée, qui durcit pendant qu'on ferme, au moyen de sutures, la solution de continuité des parties molles au-dessus de l'os malade.

Ce plombage des os a donné à M. Dreesmann de très bons résultats dans tous les cas où la stérilisation des cavités osseuses a pu être complète. La guérison de la plaie des parties molles a été rapide; elle s'est effectuée par première intention, et la cicatrice obtenue n'a pas contracté d'adhérences avec l'os sous-jacent, mais est restée, au contraire, mobile, ce qui a une grande importance lorsqu'il s'agit de lésions siégeant aux os de la face ou au maxillaire inférieur.

Mais on comprend qu'il est des conditions dans lesquelles le plombage des os ne peut donner de bons résultats et est, par conséquent, contre-indiqué. Ce sont les cas où la stérilisation de la cavité osseuse est impossible soit par suite de la multiplicité et de l'étendue des lésions des parties molles (abcès, fistules), soit par insuffisance de délimitation des parties nécrosées (ostéomyélite), soit enfin lorque la perte de substance osseuse est par trop étendue.

Mais, en dehors de ces contre-indications, il reste un grand nombre de cas où le plombage des os est très praticable et peut rendre les plus grands services.

(*Beiträge zur klin. Chir., IX, 3 et Semaine médicale.*)

VI. — Un procédé rapide et sur pour la recherche de l'albumine et du sucre dans l'urine

Par le Dr Benno-Laquer (de Wiesbaden).

Malgré le grand nombre de procédés dont nous disposons pour la recherche de l'albumine et du sucre dans l'urine, soit au lit du malade, soit dans le laboratoire, il est encore des cas où cette recherche reste douteuse. L'auteur appelle l'attention sur un procédé qui, bien connu depuis longtemps, n'est pas entré dans la pratique courante. Ce procédé permet, en trois ou quatre minutes et un seul essai, c'est-à-dire en agissant sur la même quantité d'urine et dans le même tube à réactif, de déceler l'albumine et le sucre avec une exactitude rigoureuse.

La recherche de l'albumine se fait comme l'habitude : l'urine, claire, c'est-à-dire filtrée, est chauffée jusqu'à l'ébullition dans un tube à réactif rempli au cinquième; on y ajoute alors son dixième en volume d'acide nitrique, en une fois et non goutte à goutte, comme on le fait souvent, et on cesse de chauffer. S'il se forme un précipité floconneux et persistant, l'urine renferme de l'albumine.

Si l'urine est restée claire, on y ajoute 10 à 20 gouttes de la solution d'Almen et on chauffe de nouveau pendant une ou deux minutes : le sucre se décèle par l'apparition d'une coloration brun foncé pouvant aller jusqu'au noir.

Si l'urine renfermait de l'albumine, on laisse refroidir et on filtre l'urine avant de procéder à la recherche du sucre.

Toute la recherche se fait ainsi, avec facilité, en trois ou quatre minutes.

La liqueur d'Almen se prépare de la façon suivante : on dissout 4 grammes de tartrate double de potasse et de soude dans cent parties de solution de soude caustique à 10 0/0, puis on met ce liquide à digérer au bain-marie avec 2 grammes de sous-nitrate de bismuth, jusqu'à ce que la plus grande partie du bismuth soit dissoute. Cette solution est claire, et, placée dans un flacon coloré, elle se conserve pendant des années. Le procédé est basé sur la propriété du glycose de réduire l'oxyde de bismuth en solution alcaline.

Cette méthode permet de déceler la présence de 0,05 à 0,10 0/0 du sucre ; elle est donc à la fois plus sensible, plus simple et plus rapide que les méthode de Trommer, de Heller et de Fehling ; enfin, elle offre encore cet avantage qu'elle ne présente pas, comme le procédé de Thommer, de causes d'erreur pouvant résulter de la présence dans l'urine de l'acide urique et de la créatinine.

(*Gaz. méd. de Liège* et *Progrès médical.*)

VII. — Stomatite diphtéritique

La stomatite diphtéritique ne semble pas admise comme entité morbide et comme localisation primitive. Le Dr Thiercelin en cite un cas qui a débuté d'emblée par la bouche et y est resté localisé. Et d'ailleurs, du moment qu'on admet que les microbes de la diphtérie peuvent vivre et se développer dans la bouche et donner lieu à une stomatite secondaire, pourquoi n'admettrait-on pas que la bouche puisse être le premier point d'inoculation et le premier foyer de développement ?

(*Courrier médical.*)

VIII. — Bizarre contenu d'un kyste dermoïde

Le Dr Stuart Mac Guire, de Richmond (Virginie), a eu l'occasion d'enlever, à une demoiselle de 41 ans, un kyste de l'ovaire dont le contenu est assez curieux pour mériter d'être signalé. Le kyste contenait environ 2 gallons (9 litres) d'un liquide jaune, très fétide, ressemblant beaucoup à du pus, et au milieu duquel flottait une énorme touffe de cheveux. La paroi interne était lisse, sauf en un point où l'on voyait un tissu bizarre de la dimension de la paume de main. De cette surface émergeait un *pénis* avec *deux testicules*, et, juste au-dessous, se trouvaient 3 fortes dents solidement implantées dans des gencives.

Le pénis était bien conformé et surmonté, à sa base, d'une touffe de poils. Les testicules, bien proportionnés, présentaient l'aspect ordinaire.

(*Virginia medical Monthly* et *Journal des maladies cutanées et syphilitiques.*)

IX. — Liseré gingival consécutif a l'ingestion du borax

Deux épileptiques, traités par le borax à la dose journalière de deux grammes, ont présenté un liseré gingival tout à fait analogue au liseré saturnin. Ils eurent en outre un peu de gingivite. Il est probable que tous les agents qui augmentent la salivation augmentent, par cela même, la quantité des micro-organismes qui vivent dans la cavité buccale, et favorisent par suite des décompositions putrides dont elle est le siège. Il est donc vraisemblable que c'est, dans cette pullulation de microbes et dans les fermentations qu'elle provoque, qu'il faut chercher la cause des stomatites et des liserés que l'on observe dans les intoxications chroni-

ques qui amènent de la salivation. L'antisepsie de la bouche réussit à empêcher leur formation, ce qui vient à l'appui de cette théorie.

(*Journal des maladies cutanées et syphilitiques.*)

X. — Un anesthésique chinois

M. le Dr Lambuth, dans son rapport sur l'hôpital de Soochow, cite un cas d'opération dans lequel il avait employé la cocaïne pour extraire de l'œil un corps étranger. Un médecin chinois, qui assistait à l'opération et y avait pris un vif intérêt, lui dit qu'on possédait en Chine un anesthésique de même puissance dont la base est l'humeur de l'œil de grenouille. Incrédulité du docteur allemand et offre du médecin chinois de prouver ses dires.

Peu après le médecin chinois retournait à l'hôpital avec une substance achetée dans les boutiques de Soochow, qui ressemblait à la cire, mais était moins onctueuse, plus sombre de couleur et demi transparente. Il coupa en morceaux cette tablette et la mit macérer dans l'eau plusieurs heures avec une petite excroissance blanche ligneuse. Au bout de 24 heures l'anesthésique était prêt, le professeur allemand l'employait et constatait à sa grande surprise que cette substance était douée de propriétés supérieures à celles de la cocaïne. Appliquée par exemple sur les lèvres et sur la langue, elle les endormait complètement, et un doigt laissé pendant quelques minutes dans cette solution pouvait être traversé par une épingle sans faire éprouver la moindre douleur au patient.

La base de l'anesthésique, le Dr Lambuth en convient, est dans l'humeur des yeux de grenouille; mais la *Revue* qui donne les détails précités est malheureusement muette sur les moyens de préparer ce singulier succédané de la cocaïne.

(*Cosmos. Le Progrès médical.*)

NOUVELLES

LA RÉGLEMENTATION EN ESPAGNE

Une loi est en préparation pour réglementer les diverses branches de l'art de guérir en Espagne, médecine, chirurgie, pharmacie, médecine vétérinaire, dentisterie, obstétrique. Nul ne pourra exercer l'une quelconque d'entre elles sans avoir obtenu un titre qui l'y autorise. Les contraventions seront punies d'amendes de 50 à 500 fr., sans préjudice de poursuites judiciaires. Seront considérées comme telles les pratiques auxquelles se livreront ceux qui, tout en possédant le titre voulu, sortiront des droits qu'il leur confèrera.

Pour être apte à exercer, le possesseur d'un pareil titre devra le faire enregistrer devant l'inspecteur sanitaire de son domicile et renouvellera cette formalité toutes les fois qu'il pratiquera hors de celui-ci. La possession de divers titres donne le droit d'exercer les professions respectives.

Nous apprenons que MM. Brouardel et Liard ont visité récemment l'Ecole dentaire de Genève pour étudier sur place l'organisation et le

fonctionnement de cet établissement en vue de l'application de la loi du 30 novembre 1892.

La chaire laissée vacante par le décès du regretté docteur Thomas dans le corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris vient d'être confiée à M. le docteur Sébillot, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

M. Sébillot est un jeune savant plein d'avenir, orateur brillant, qui a obtenu un vif succès dans diverses leçons de concours pour l'agrégation, et notamment pour le sujet d'anatomie comparée, qui lui valurent les suffrages de tous ses examinateurs. Nous considérons cette acceptation, qui a reçu l'approbation du Doyen de la Faculté de médecine, comme un très grand honneur pour notre école, et nous sommes persuadés que tous ceux qui s'intéressent à sa prospérité comme à son avenir sauront reconnaître et apprécier ce choix dont nos élèves seront les premiers à bénéficier.

Il a fait son premier cours le vendredi 6 mars, au milieu d'une assistance nombreuse comprenant la plus grande partie des professeurs de l'Ecole qui lui ont fait une ovation méritée.

F. T.

CONGRÈS DE ROME EN 1893

Le Comité français d'initiative et de propagande pour le XIe Congrès international de médecine de Rome en 1893, s'est constitué à Paris sous la présidence de M. le professeur Cornil, avec M. le Dr Marcel Baudouin, secrétaire général, 14, boulevard Saint-Germain.

Nous rappelons que ce Congrès, qui se tiendra du 24 septembre au 1er octobre, comprend 19 sections, dont la 13e est consacrée à l'Odontologie.

CONGRÈS DE CHICAGO EN 1893

M. Levett, professeur honoraire à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé, par le Comité général exécutif du Congrès dentaire de Chicago, membre de la Commission de l'histoire de la législation dentaire aux Etats-Unis et dans les autres pays.

A ce propos un changement a été apporté à la date du Congrès, qui se tiendra du lundi 14 août au samedi 19 inclusivement.

On sait qu'il a été constitué un Comité de femmes dentistes auxiliaire du Comité du Congrès Il comprend des représentantes de la profession de diverses nations mais point de Françaises, autant que nous le sachions. *The dental Tribune* évalue en effet à 140 le nombre des dentistes féminins exerçant aux Etats-Unis ; elles sont d'ailleurs constituées en une Société qui porte le nom de *Woman's Dental Association of the United States.*

Nous avons le plaisir d'annoncer que notre confrère, M. G. Baye, D. E. D. P., vient d'être nommé chirurgien-dentiste de l'hospice de Lagny, par délibération de la Commission dudit hospice, en date du 7 mars.

C'est un nouveau succès pour l'École dentaire de Paris, dont nous devons nous réjouir. Nos félicitations à notre confrère.

A NOS LECTEURS

Nous prions nos confrères qui ont reçu une circulaire émanant de la *Société des dentistes du Sud-Ouest*, de vouloir bien ne pas donner leur adhésion — ou tout au moins de la réserver — à un projet qui serait consacré aux intérêts et aux idées que nous défendons, ici, depuis deux ans, et qui sont ceux de la corporation entière.

Les nécessités du tirage nous obligent à remettre au prochain numéro la réponse à cette petite manœuvre. Les auteurs ne perdront rien pour attendre.

COMITÉ DE SOUSCRIPTION POUR ÉLEVER UN MONUMENT SUR LA TOMBE DU Dr THOMAS

Nous rappelons à nos lecteurs qu'un comité s'est formé, sous la présidence des Drs Péan et Lecaudey, pour élever un monument sur la tombe du Dr Thomas. Nous pensons qu'en offrant une obole, si modique soit-elle, chaque dentiste souscripteur paiera une dette de reconnaissance. Les services rendus à la profession par le Dr Thomas sont trop éminents pour qu'on ait besoin d'y longuement insister.

Souscriptions recueillies jusqu'à ce jour :

MM.		
Dr Blanchard	Paris	10 fr.
Dr Lecaudey	—	200
Magub	—	40
Loriot	—	20
Vve Lecaudey	—	20
Detroyat	—	10
Chaussebourg, Aime	—	10
Fortin Paul	—	10
Chaussebourg, Louis	—	5
Clouet	—	5
Sorbin	—	5
Jung	—	5
Fauvel	—	10
Audy Francis	Senlis (Oise)	50
Dr Levillain	Lisieux	100
Dr Brachet	Aix-les-Bains	40
Dr Rebaton	Paris	50
Poinsot	—	100
Brodhurst	Montluçon	5
Zamkoff	Paris	10
	A reporter......	705

MM.		
	Report..........	705 fr.
Tayac	Paris	20
Pombet	Le Havre	20
Bignault	Paris	20
Viau G.	—	50
Swaycarsky Hugo	—	5
Meunier	Gd Montrouge	5
Chouville	St-Quentin	20
Levett	Paris	20
Cazeaux	Dunkerque	5
Borkorrski	Courbevoie	10
Felgines	Aurillac	5
Lapière	Paris	20
Dr Dupas	Nantes	5
Debray, Maurice	S-Germain-en-Laye	3
Saumur	Paris	20
Hirschberg	—	10
Mamelzer	—	5
	Total	948 fr.

Nous prions tous nos confrères qui voudront bien contribuer à ce témoignage de reconnaissance, en souvenir du regretté professeur, d'adresser leurs souscriptions à M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, *par un mandat sur la poste*, afin d'éviter des frais de recouvrement.

Le président du Comité,

Em. LECAUDEY.

Vol. 13. Paris, Avril 1893 N° 4

TRAVAUX ORIGINAUX

LE CORYL

NOUVEL ANESTHÉSIQUE LOCAL
ET SON APPAREIL D'APPLICATION, LE CORYLEUR

Par M. d'Argent
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Depuis quelques années, l'anesthésie locale a fait de grands progrès et l'on peut dire, à l'honneur des chirurgiens-dentistes, que, plus que les autres membres du corps médical, ils ont prêté une oreille attentive à tous les efforts faits dans cette voie.

C'est que la douleur frappe constamment à leur porte et existe, à des degrés plus ou moins élevés, dans la plupart des cas où ils sont appelés à intervenir, et dans une grande partie des opérations qu'ils font pour y porter remède.

Les excellents résultats obtenus à l'aide de la cocaïne avaient fait supposer que, de longtemps, on ne lui substituerait aucun produit rivalisant avec elle par la simplicité d'application et par l'intensité de l'anesthésie qu'elle procure.

Mais la cocaïne, maniée sans prudence sur des sujets d'une susceptibilité extrême, tels que les hystériques et ceux dont le cerveau ou l'appareil circulatoire ne sont pas dans des conditions normales, a fait naître des symptômes généraux plus ou moins graves et fréquents, qui ont jeté l'alarme dans le public et même chez les praticiens, au point que beaucoup de ces derniers préfèrent renoncer à l'anesthésie dentaire, plutôt que de recourir à la cocaïne.

Ces motifs avaient fait accueillir avec bienveillance le chlorure d'éthyle, dont l'innocuité complète était un parchemin de grande valeur, mais les essais d'anesthésie dentaire par ce produit n'ont laissé que des déceptions qui l'ont fait négliger comme étant d'une inconstance trop souvent répétée.

Après cette tentative infructueuse, il semblait que, de longtemps, il ne serait plus question de la réfrigération pour l'extraction des dents sans douleur, lorsque le coryl fit son apparition, tant il est vrai que la science ne dit jamais son dernier mot, et que l'étoile qui guide l'inventeur brille même au-dessus des chemins les plus abandonnés. Le nouveau venu s'appelle donc coryl. Il ne faut pas chercher dans ce mot, de consonnance scientifique, autre chose que la réunion de deux syllabes formant un son non dépourvu d'harmonie.

Le coryl, dont la composition reste jusqu'à présent le secret de ses inventeurs, MM. Joubert et Cie, serait un dérivé du chlorure de

méthyle et du chlorure d'éthyle, et ses propriétés, qui se trouvent comprises entre les limites de celles de ses deux composants, semblent confirmer cette assertion.

Le coryl est un produit français et même parisien, et si, ayant vu le jour à Paris, il n'a pas eu la bonne fortune d'y faire ses premiers pas, c'est que sa mise au point a coïncidé avec la période des vacances des Sociétés scientifico-médicales parisiennes pendant l'été de 1892. A ce moment, un congrès médical se réunissait à Bruxelles, et MM. Joubert et Cie n'hésitèrent pas à y présenter leur découverte afin de lui créer des débuts éclatants et presque... officiels.

Le bienveillant accueil qui a été fait au coryl, après les épreuves qu'il a subies avec succès à ce congrès, a eu pour conséquence d'absorber toute l'activité de ses fabricants, qui se sont décidés à retarder la présentation de leur produit à Paris, jusqu'au moment où ils pourraient faire face aux demandes qui en seraient la conséquence.

J'ai un peu devancé ce moment car la science et le progrès pas plus que le Roi soleil, n'ont le droit d'attendre, et je dois le bonheur de soumettre le coryl à votre attention à l'amitié dont m'honore un des principaux fournisseurs bruxellois, M. L. Mairlot, qui m'a fait connaître le courant extrêmement favorable qui a accueilli le nouveau perfectionnement français en Belgique, ce qui m'a engagé à m'en munir pour ma pratique quotidienne.

Avant de m'étendre sur le coryl, je crois qu'il n'est pas sans intérêt de récapituler brièvement les qualités des différents anesthésiques par réfrigération, dans leurs applications à l'art dentaire, afin de déterminer la place que doit occuper le nouveau venu et, par comparaison avec ses devanciers, servant de points de repère, d'établir un jugement motivé sur sa valeur.

Les réfrigérants agissent en soustrayant du calorique aux tissus.

Un des principaux phénomènes résultant de l'action du froid consiste dans la diminution de la douleur et dans sa suppression totale, si la réfrigération est poussée jusqu'à la congélation, donnant aux téguments l'aspect cadavérique, signe auquel on reconnaît que l'anesthésie est obtenue.

Les corps, pour passer de l'état solide à l'état liquide, ou de l'état liquide à l'état gazeux, empruntent une grande quantité de calorique au milieu ambiant. L'application d'un procédé d'anesthésie doit tendre à limiter cet emprunt à l'organe à insensibiliser.

Le moyen dont on s'est servi en premier est la glace fondante.

On met de la glace pilée dans un linge très fin qui laisse écouler l'eau résultant de la fusion de la glace. Cette fusion est accélérée et l'abaissement de température est plus considérable lorsqu'on mélange la glace pilée avec une substance saline, le chlorhydrate d'ammoniaque, par exemple, ou simplement le chlorure de sodium. On place le mélange sur la gencive, de chaque côté de la dent, et on l'y laisse jusqu'à ce que la muqueuse blanchisse.

Il est inutile de s'étendre plus longuement sur ce procédé d'anesthésie qui n'est plus employé dans la pratique dentaire à cause de ses difficultés d'application, ne donnant, de plus, que des résultats illu-

soires. Il fut détrôné par l'éther sulfurique, plus communément dénommé par le seul mot éther.

Projeté sur la gencive en un jet mince, à l'aide d'un pulvérisateur — le plus souvent celui de Richardson — l'éther produit un abaissement rapide de température, en beaucoup moins de temps que la glace fondante; il entraîne l'anémie du tissu et, par suite, l'insensibilisation. Outre que les pulvérisateurs employés manquent de précision pour limiter l'action de l'éther sur les parties à refroidir et sont d'une manipulation peu facile, l'éther lui-même, lorsque la gencive est très enflammée, n'arrive pas toujours à produire l'anesthésie, l'énergie de son action étant contrebalancée par le sang, cette source de chaleur se renouvelant sans cesse et réchauffant les tissus à mesure que les vapeurs d'éther tendent à les congeler.

Pour cette raison surtout, on lui a substitué le chlorure de méthyle, qui est d'une puissance extraordinaire. C'est un gaz liquéfié sous une pression de 6 atmosphères et qui est livré dans des récipients métalliques éprouvés, munis d'un robinet qui règle la sortie du liquide sous forme d'un jet très mince.

Le chlorure de méthyle est tellement énergique que les tissus sur lesquels on dirige le jet sont congelés instantanément. Il est difficile, de cette façon, d'en régler l'action, car si, pour étendre celle-ci en profondeur, on prolonge l'émission du jet, on s'expose à dépasser le but et à obtenir de la gangrène. Pour ce motif, peu de nos praticiens emploient le chlorure de méthyle en vaporisations.

On remédie à ce sérieux danger par le stypage. Mais si le stypage donne de bons résultats en applications sur l'épiderme, il est très difficilement applicable dans la bouche et ne peut convenir que pour les opérations à faire sur les dents antérieures.

Il n'est guère plus employé que la glace fondante.

Le chlorure d'éthyle, dont l'intensité d'action est exactement placée entre celles de l'éther et du chlorure de méthyle, promettait beaucoup au début, mais les chirurgiens-dentistes n'en ont pas retiré autant d'avantages que leurs confrères de la grande chirurgie, toujours à cause de la difficulté où ils se trouvaient de l'appliquer dans la cavité buccale.

Le chlorure d'éthyle est contenu dans de petits tubes en verre au col étiré et fermé à la lampe.

Le bec de cette ampoule étant brisé, en un point marqué d'un trait à la meule, le liquide s'échappe en un jet mince. Si on tient le tube à pleine main, l'augmentation de température qui se produit dans le tube accélère la sortie du produit. Mais pour refroidir convenablement un tissu, il est nécessaire d'éloigner le tube à une trentaine de centimètres, sinon le liquide coule sur le tissu et s'évapore à une certaine distance du point qu'il s'agit de refroidir. Dans la bouche, il se mêle à la salive et l'anesthésie ne se produit point. On juge, par cette remarque, de la difficulté d'émettre le chlorure d'éthyle sur un point donné de la cavité buccale. Ses applications au pourtour de l'oreille et sur l'expansion faciale du nerf trijumeau n'ont donné que de l'anesthésie très inconstante. Son concours n'est plus guère

demandé que pour l'extraction des dents antérieures dont l'insensibilisation est lente et laisse même très souvent à désirer.

C'est en cherchant à atténuer les effets foudroyants du chlorure de méthyle et à corriger l'indolence du chlorure d'éthyle que MM. Joubert et C[ie] ont découvert le nouveau composé qu'ils ont appelé coryl.

Le coryl, comme les substances ci-dessus, est un liquide incolore, d'une odeur et d'une saveur éthérées. Il est obtenu par une méthylation du chlorure d'éthyle calculée pour amener le point d'ébullition à 0°.

Il est inflammable comme le chlorure d'éthyle.

Ce composé est maintenu liquide sous pression de 3 atmosphères, et le récipient qui le contient est éprouvé à 8 atmosphères, pour donner la sécurité la plus grande dans ses manipulations.

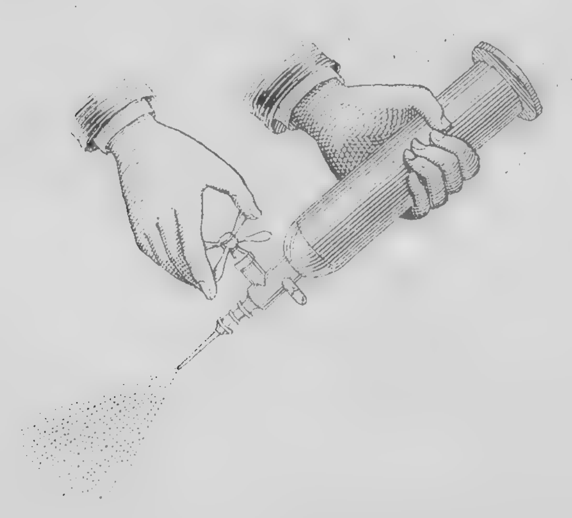
Ce nouveau produit, malgré ses qualités très sérieuses, ne rendrait pas beaucoup plus de services aux chirurgiens-dentistes que ses devanciers, si ses inventeurs ne lui avaient adjoint un appareil qui permet de l'employer sans difficulté dans la cavité buccale.

Le coryleur — tel est le nom donné à cet appareil — est un petit tube métallique, élégant, nickelé, très maniable, muni d'un robinet de précision permettant de régler à volonté l'émission du coryl.

Sur l'orifice de dégagement, situé au sommet de l'appareil, se vissent divers ajutages, à articulations simples et à jointures hermétiques, rendant facile l'accès de toutes les parties de la bouche. Ces

Manipulation

Pour se servir du Coryleur, il est de rigueur absolue de tenir l'appareil dans la position indiquée par la figure ci-contre.



accessoires sont construits de manière à être aisément nettoyés et rendus aseptiques après chaque opération.

Le coryleur et ses ajutages sont faits d'un métal spécial très sonore,

à base de nickel, et inoxydable pour éviter toute altération du coryl, altération qui se produisait dans les premiers essais de flacons en cuivre, semblables à ceux dans lesquels on renferme le chlorure de méthyle.

Pour se servir du coryleur, on le tient à pleine main et incliné de haut en bas, ensuite on ouvre lentement le robinet. On peut ainsi régler l'émission du coryl en un petit jet, qu'on pulvérise sur les gencives, et l'arrêter dès qu'on juge l'anesthésie obtenue.

Pour que la vaporisation du coryl se fasse avec efficacité, il est nécessaire de le maintenir dans le coryleur entre 15 et 20° centigrades, car, son point d'ébullition étant 0°, plus sa température sera élevée, plus le liquide tendra à se volatiliser.

Les substances réfrigérantes agissent d'autant plus vite que leur point d'ébullition est moins élevé :

L'éther bout à + 35° ;

Le chlorure d'éthyle à + 10° ;

Le coryl, à 0° ;

Et le chlorure de méthyle à — 22°.

Ce classement dégage parfaitement la valeur du coryl pour la rapidité et la sûreté avec lesquelles il produit la congélation du tissu et, conséquemment, l'insensibilité.

L'action paralysante nerveuse du coryl est relativement élevée pour les opérations dentaires ; elle est suffisante dans la majeure partie des cas. J'ai déjà dit que le chlorure de méthyle a des effets instantanés ; le coryl agit en 15 et 20 secondes, le chlorure d'éthyle met 2 à 3 minutes et l'éther exige 4 à 6 minutes.

Pour appliquer le coryl, il faut au préalable recommander au patient de ne pas faire d'inspirations par la bouche mais seulement par le nez, puis lui faire rincer la bouche avec de l'eau à la température du cabinet d'opérations ; ensuite sécher la gencive, et diriger sur celle-ci, au niveau de la dent à extraire, le jet du coryleur en commençant par la partie qui correspond au sommet de la racine.

La congélation est presque instantanée, quand le coryl est maintenu à + 15° ; on la propage jusqu'au collet de la dent, puis, passant par-dessus celle-ci, on la continue sur la gencive opposée. On promène ainsi le jet d'un côté à l'autre, pendant 15 à 20 secondes, temps suffisant pour que les gencives et la dent elle-même soient couvertes de glace. L'anesthésie est alors parfaite.

Il ne faut pas croire que le blanchiment de la gencive soit le signe certain d'une anesthésie suffisante pour extraire une dent ; à ce moment la douleur n'existe plus, en effet, à la surface, pour une scarification, pour une simple incision, mais au niveau des attaches d'une racine, la sensibilité n'est qu'atténuée, et pour qu'elle s'efface totalement, il faut raréfier le sang jusqu'à cet endroit.

L'anesthésie par le froid atteint une profondeur proportionnée au temps qu'on a mis à la développer, et sa durée suit la même loi. Si donc on veut obtenir une longue et profonde insensibilité, il faut prolonger l'application du coryl. Mais comme il ne serait pas sans danger de maintenir trop longtemps la gencive glacée, on procède de

la manière suivante : après une première application, on fait rincer très vivement la bouche et on remet du coryl, l'effet se produit en moitié moins de temps que la première fois ; on irrigue de nouveau rapidement, et une troisième fois on développe la congélation qui est instantanée.

L'anesthésie est alors profonde et dure près de 40 secondes.

La réfrigération occasionne une sensation plutôt désagréable que douloureuse, aussi est-il utile de prévenir les malades afin d'éviter qu'ils ne prennent ce léger malaise pour la douleur elle-même.

Chez les enfants surtout, le froid arrache des cris tout autant que la douleur, lorsqu'on ne les a pas rendus dociles par une explication patiente, et les parents sont convaincus qu'ils souffrent, malgré nos affirmations contraires.

Les reproches qui s'adressent en général aux réfrigérants ne peuvent être faits au coryl. C'est à l'imperfection des appareils qu'on peut attribuer la plupart des défauts des réfrigérants dans l'anesthésie buccale, et le coryleur semble avoir aplani toutes ces difficultés à cause de la précision avec laquelle il permet de diriger la substance qu'il renferme. Au point de vue de l'état général du patient, l'usage du coryl est absolument sans danger, son temps d'application étant trop court pour provoquer le moindre malaise, surtout si l'on a recommandé la respiration trachéo-nasale.

L'application intempestive ou prolongée du chlorure de méthyle a souvent fait surgir une grande réaction inflammatoire et même la desquamation des muqueuses buccales. Le coryl, moins énergique, n'a pas cet inconvénient, la gangrène étant proportionnée à l'intensité du froid. D'ailleurs la congélation ne compromet pas la vitalité des tissus aussi facilement et aussi fatalement qu'on serait tenté de le croire. Il suffit, pour l'éviter, de régler la réaction qui se produit au retour trop brusque de la circulation. A cet effet, aussitôt l'opération terminée, il faut faire rincer la bouche à l'eau froide, afin de graduer le retour du sang. Par ce moyen, je n'ai constaté aucune desquamation, ni aucune vésicule, à la suite de tous les emplois du coryl.

On a objecté également que le froid rend la dent plus cassante et que le nombre des fractures dans les extractions est plus grand, quand on se sert de réfrigérants. Sans contester cette assertion d'une manière absolue, je crois, cependant, que cette augmentation provient surtout de ce qu'on exagère les mouvements et qu'on veut précipiter l'opération, quand on emploie les réfrigérants, sous prétexte que l'anesthésie est fugace. Avec le coryl, qui donne de 20 à 40 secondes, suivant son mode d'application, il sera permis d'opérer posément et de ne pas plus se presser, tout au moins, que lorsqu'on fait une extraction au fauteuil de clinique.

L'anesthésie par le coryl se limite facilement et sans que le liquide atteigne les dents voisines, ce qui écarte tout danger pour l'émail de ces dents.

On redoutait également la douleur et les effets du froid pour la pulpe d'une dent voisine de celle à extraire, et atteinte de carie déjà

avancée; il en était de même pour une dent proximale déchaussée, souvent sensible au froid. Je remédie à ces cas, heureusement peu fréquents, en recouvrant la dent d'une coiffe en caoutchouc. J'ai fait fabriquer, pour cet usage, des coiffes de quatre grandeurs différentes, correspondant à tous les volumes des dents.

Après avoir obturé la carie avec une boulette de coton ciré, je place la petite coiffe sur la dent. La pulpe ne court plus alors aucun danger d'être influencée par les manifestations de froid qui se font dans son voisinage.

De l'exposé qui précède il résulte que le coryl et le coryleur constituent un progrès très remarquable dans la médication de l'anesthésie locale, et qu'ils peuvent figurer en bonne place dans l'arsenal opératoire du chirurgien-dentiste.

En réalité, le rôle le plus important du coryl se trouve dans son action anesthésique pour les avulsions dentaires, mais il a encore d'autres usages qui le recommandent à l'attention des chirurgiens-dentistes. Le plus important est certainement l'analgésie qu'il procure dans l'extirpation de la pulpe. Après l'enlèvement du pansement d'acide arsénieux, on sait combien la pulpe reste encore sensible ; à ce stade, on dirige un jet très mince de coryl dans la cavité de la dent, et lorsque celle-ci est suffisamment refroidie, on peut, sans douleur, ouvrir largement la chambre pulpaire avec une fraise appropriée montée sur le tour, et on ampute la pulpe jusqu'au niveau des racines. Une nouvelle application de coryl permet ensuite de pénétrer, *presque sans sensibilité*, jusqu'au sommet de la racine, avec une sonde garnie de coton, portant de l'acide phénique. Un mouvement de rotation de la sonde achève la destruction du nerf dans la racine. On peut répéter pour chaque racine s'il y a lieu.

Des esprits très scrupuleux ne manqueront pas d'objecter que ce mode de traitement d'une dent par la glace peut être préjudiciable aux tissus de cette dent, spécialement à l'émail ; mais, outre que cela n'est pas démontré pour des applications de si courte durée, il ne peut être nié qu'un nombre important de chirurgiens-dentistes, et les malades surtout, préfèrent recourir à l'extraction des dents à pulpite, à cause de la difficulté du travail portée au plus haut point par la souffrance qui l'accompagne. Je n'hésite pas à déclarer que ma préférence est pour la conservation de la dent, malgré l'objection faite à propos du froid, contre son extraction ou son traitement ressemblant à une torture.

D'ailleurs, sur seize dents que j'ai traitées par ce moyen, pas une n'a présenté la moindre fissure ou le moindre indice d'altération, et je reste sous l'impression heureuse de pouvoir enfin traiter une carie du 3e degré en supprimant ce que ce traitement avait de pénible pour le sujet et pour moi.

Une pulvérisation de coryl bien dirigée permet aussi d'enlever sans douleur une obturation faite dans une dent affectée de périostite et de préparer la cavité pour faciliter les soins radiculaires.

On a cherché longtemps à remédier à l'hyperesthésie de l'ivoire : une application de coryl dans une dent, dont l'ivoire subit une sen-

sibilité exagérée, calme celle-ci au point qu'on peut exciser l'ivoire pour une aurification. Le stypage dans la cavité rend le même service avec moins de douleur pour le patient, mais exige plus de temps. Dans ce cas, on substitue une douleur à une autre ; mais le malade supporte mieux le contact du froid que celui de l'instrument exciseur, et il sera intéressant de savoir quelle sera l'attitude de la pulpe après ce traitement. Je ne crois pas qu'elle s'irrite plus que lorsqu'on emploie les acides concentrés ou le surchauffement; j'ai seulement soigné trois dents par ce système, une canine, une prémolaire et une dent de sagesse et, en aucun cas, il n'est résulté de douleur spontanée. Les boissons froides ont continué à donner quelque sensibilité comme il arrive après l'aurification de caries de deuxième degré avancé. En livrant mes trois observations à vos méditations, je sais qu'elles sont en nombre insuffisant pour former une règle, mais elles sont assez encourageantes pour vous engager à poursuivre l'expérience.

Le coryl peut être employé pour calmer une gencive atteinte d'inflammation aiguë et favoriser la piqûre et l'injection de cocaïne, qui, dans cet exemple, sont souvent aussi pénibles que l'extraction.

Mieux que tout autre anesthésique, le coryl convient pour l'enlèvement d'un séquestre, alors que la cocaïne se diffuse dans le pus ou s'égare dans des tissus désagrégés et n'agit que très imparfaitement sur le tissu osseux et sur le périoste, retardant de plus la cicatrisation.

Le coryl, très antiseptique, joue dans ce genre d'opération un rôle important: outre l'anesthésie qu'il produit, il commence le traitement d'assainissement qui doit suivre l'opération.

Les propriétés hémostatiques du coryl le rendent très utile chez les hémophiles, pour arrêter momentanément l'écoulement du sang après l'extraction, et favoriser l'introduction du pansement astringent dans l'alvéole.

Le coryl permet l'excision d'abcès sans douleur aucune.

Certaines personnes ont le désagrément de se mordre souvent la muqueuse de la joue, et il en résulte quelquefois des granulations qui augmentent encore la fréquence de ces morsures en les rendant assez douloureuses. Une application un peu prolongée de coryl enlève immédiatement la sensibilité de ces végétations, et entraîne leur disparition prochaine.

Une propriété des plus intéressantes du coryl consiste dans son application, en histologie, pour le durcissement d'un tissu ou d'une tumeur quelconque qu'on désire examiner instantanément au microscope. On en fait, avec le microtome, des coupes aussi minces que par les autres procédés de durcissement et on peut les préparer et les placer séance tenante sous l'objectif du microscope.

Le coryl, projeté avec force sur un aphte, congèle la gencive sur un cercle de deux centimètres de diamètre, au milieu duquel on aperçoit un très petit orifice qui est le centre de la petite ulcération. Une application énergique enlève instantanément la sensibilité, et l'aphte disparaît en moins de 48 heures, sans donner naissance à d'autres ulcérations dans son voisinage.

Le coryl, comme tout agent thérapeutique, doit avoir ses indications et ses contre-indications ; il n'a pas la prétention de se substituer entièrement à la cocaïne, surtout depuis l'horizon plein d'espérances qui nous est ouvert, à la suite des heureuses expériences faites, ces temps derniers, par MM. les professeurs Pinet et Viau avec la tropacocaïne.

Néanmoins, le coryl doit être préféré lorsqu'on croit que son action sera aussi complète qu'avec la tropacocaïne, car, avec lui, l'opération est plus rapide, tout danger est écarté, et, point très important, on peut multiplier les extractions dans la même séance. Ce sont là des avantages sérieux pour le chirurgien-dentiste.

Le coryl est contre-indiqué dans toute opération de longue durée, et j'entends par là celle qui doit dépasser 20 à 25 secondes. Un praticien expérimenté se trompe rarement dans ce diagnostic, basé sur la fragilité des bords d'une dent très désagrégée, ou sur la ténacité patente d'une dent ou d'une racine cassée au-dessous du bord alvéolaire.

En résumé, il y a indication d'emploi du coryl dans les opérations simples et contre-indication dans les opérations compliquées, sauf lorsque le sujet ne peut supporter la cocaïne sans danger.

A l'inverse de la cocaïne, le coryl ne fait courir aucun danger au patient ; il n'exerce aucun retentissement sur l'état général du sujet et, permet d'éviter les malaises consécutifs à l'emploi de la cocaïne, dont le moindre inconvénient est de causer une longue perte de temps.

Cet avantage mérite surtout d'être apprécié lorsqu'on a des raisons spéciales de redouter l'emploi de la cocaïne, comme dans les maladies du cœur, les affections du cerveau ou des centres nerveux, un état de débilité extrême.

Avant de terminer, j'ai encore un exemple très important à signaler. Nous savons tous qu'à un certain âge les dents, très déchaussées, ne paraissent plus retenues que par un rudiment de gencive enflammée, et que l'extraction de ces organes produit une douleur très vive, quoique de courte durée. L'injection de cocaïne est souvent très pénible dans ce cas, par suite de la minceur et de l'inflammation du tissu où elle doit être faite. On obvie à cet inconvénient par le coryl, soit pour insensibiliser la muqueuse avant la piqûre, soit pour l'extraction directe, mais alors je recommande, après une première application, faite en commençant le plus haut possible dans le sillon gingival, de scarifier la gencive et de rincer la bouche, puis de procéder à une deuxième émission de coryl qui achève l'anesthésie d'une façon complète. On voit, par cet exemple, que le résultat parfait ne tient souvent qu'à un fil ; encore faut-il couper ce fil.

Je ne me suis étendu aussi longuement sur les faits ci-dessus, qui sont certainement superflus pour des praticiens aussi habiles et aussi instruits que ceux qui font partie de cette Société, qu'afin d'éviter à mes confrères les déceptions du début. Les insuccès qui dépendent d'une application défectueuse seront ainsi plus aisément déterminés, et le découragement qui peut en résulter sera amoindri par l'espoir de résultats meilleurs, succédant à un progrès dans l'usage du réfrigérant.

Les mêmes insuccès et les mêmes déceptions ne se présentent-ils pas lorsqu'on apprend à aurifier les dents? Rappelons-nous la méthode qu'il faut patiemment acquérir pour faire une bonne aurification! L'emploi judicieux du coryl exige aussi une petite étude ; c'est pour cette raison que sa place est indiquée dans cette maison d'enseignement.

L'indication de ces cas n'a d'autre but que de contribuer à rendre classiques les opérations par la réfrigération et j'espère que les observations que recueilleront mes éclairés confrères, s'ajoutant à celles que j'ai réunies pendant deux mois d'applications méthodiques, mais qui sont loin d'avoir embrassé tous les cas, confirmeront mon étude et la complèteront dans la plus large mesure.

Observations.

Mes observations portent sur 164 extractions.

Il serait peu intéressant d'exposer, par le détail, les résultats de ces 164 opérations ; je ne signalerai que les cas importants, renfermant une indication sur la puissance ou sur la durée de l'anesthésie par le coryl.

Sur l'ensemble, la moyenne des insuccès n'est pas supérieure à celle des opérations par la cocaïne (4 à 5 0/0), et la douleur, quand elle existe, est tout aussi amoindrie que dans l'anesthésie incomplète par la cocaïne.

Comme pour cette dernière, on peut souvent conclure à un vice d'application ou à une longueur exagérée de la racine à extraire. Cette moyenne s'est maintenue dans les démonstrations que j'ai faites à la clinique de l'Ecole, en présence de MM. les professeurs Pinet et Viau et des élèves de 3e année, quoique les malades soient loin de se trouver dans les conditions de confiance et de tranquillité morale où ils peuvent être placés dans le cabinet d'opérations.

En effet, la succession rapide des patients au fauteuil d'extractions ne laisse pas le temps de les préparer suffisamment pour obtenir leur confiance et surtout leur docilité, si utile quand on emploie un anesthésique fugace ; le cadre un peu froid des assistants ajoute encore à leur effroi, et leur méfiance, tenue en éveil par les échos qui s'élèvent de la salle de réception des malades, dure jusqu'à la fin de l'opération.

On peut conclure de cette situation que chaque fois que le sujet ne pousse aucun cri, c'est qu'il n'a pas souffert, quelle que soit la façon dont il explique les sensations qu'il a éprouvées.

MALADES OPÉRÉS A LA CLINIQUE DE L'ÉCOLE ; RÉSULTATS ANNOTÉS PAR M. LE DOCTEUR PINET

Séance du 17 janvier 1893.

SUJET	AGE	SANTÉ	DENT A EXTRAIRE	RÉSULTAT	OBSERVATIONS DIVERSES
Delle	38	bonne	1re prém. inf. g... Canine » ».. Incis. cent. sup. g. » lat. » ». Canine sup. g... 2e et 3e gr. mol. inf. g.	parfait. » » » » »	3 Extractions faites sur une seule application de coryl. Total : 7 dents en une séance.
»	25	»	Canine sup. droite	»	Malade craintive et émotive.
»	20	»	2e mol. inf. g...	»	Se croyait endormie à l'éther.
»	22	»	2e mol. inf. g...	»	Racines divergentes, fracture de la racine antérieure ; extraction difficile après une deuxième application. Malade émotive.
»	21	»	3e mol. sup. g...	»	Extraction un peu lente par un élève, fracture des bords alvéolaires genien et palatin, pas de douleur.
Mr L. élève	20	»	Racine ant. 1re M. s. d.	»	Extraction simple.

Séance du 24 janvier 1893.

SUJET	AGE	SANTÉ	DENT A EXTRAIRE	RÉSULTAT	OBSERVATIONS DIVERSES
Mr	20	»	1re prém. sup. d.. 1re g. m. inf. g..	accuse une pet. doulr	Très ému, périostite intense.
»	29	»	Racine incis. lat. s. d. 1re prém. sup. d.	succès.	
»	20	»	2me prémol. inf. g.	»	
Delle	18	»	1re gr. mol. inf. g.	légère douleur	Très nerveuse, plaintes exagérées, pleurs.
Mr			1° canine sup. d.. 2° 3e mol. inf. g.. 3° 1re prém. inf. dr.	succès.	
De	32	anémique	Les 4 inc. supres.	»	En deux applications seulement. — C'est un essai de durée.
Mr	26	nerveux	3 racines 1er g. sup. d.	»	Extraction difficile. — 2 applications.
Delle	38	bonne	3e mol. inf. dr.... Les 2 prém. inf. d.	»	Même malade, opérée de 7 dents le 17 janvier.
Mr X. élève	18	»	Racine 1re mol. sup. g.	»	

Séance du 7 mars (matinée)

ayant pour objet de démontrer l'application du coryl dans le cabinet d'opérations, l'opérateur se trouvant seul avec son sujet.

SUJET	AGE	SANTÉ	DENT A EXTRAIRE	RÉSULTAT	OBSERVATIONS DIVERSES
D^{elle} »	30 »	bonne »	1re prém. sup. g. Racines 3e mol. sup. dr. » 3e » » g. 1re gr. mol. inf. dr. Racines 1re gr. m. sup. d.	succès.	Dent très désagrégée. Fractures, puis extraction sans fractures. Racines très divergentes, fracture de la racine antérieure, puis son extraction sans douleur. Extraction sérieuse, racines longues.
»	25	»	Racines 1re gr. m. sup. d.	»	Racines courtes, mais à bords fragiles.
»	22	»	» » » » g.	»	2 Interventions.
»	24	»	» 1re g. m. inf. d.	»	Extraction ordinaire.
»	30	anémique	3e mol. inf. g......	complet	Cette opération est très intéressante. La malade très émotive était dans un état d'exaltation très grand à cause des cris qu'elle avait entendus à la clinique ; sujette à la syncope et aux battements de cœur, la cocaïne ne pouvait lui être injectée. Le coryl s'imposait quoique son émission sur une 3e molaire inférieure fût très difficile. Le succès a été complet, la malade qui nous avait menacés d'une syncope a été prise de pleurs, puis elle a ri de son émotion et elle a déclaré qu'à l'avenir elle serait très brave.

Dans cette séance j'ai choisi les cas les plus difficiles qui se sont présentés afin de démontrer la puissance anesthésique du coryl et la confiance qu'on doit avoir dans la durée de l'insensibilité, donnant tout le temps d'opérer méthodiquement.

Après cela, je ne prendrai que quelques exemples dans les nombreuses observations que j'ai faites dans mon cabinet, les cas typiques de nombre, de durée et de puissance.

Mlle X... (Exemple de durée et de puissance). Avec trois applications de coryl, faites ainsi que je l'ai indiqué ci-dessus, extraction des 6 racines des 1re et 2e prém. et des 1re et 2e molaires inférieures gauches, soit 4 dents et une étendue de près de 4 centimètres anesthésiés. La douleur naissant, nouvelle émission et extraction de la dent de sagesse.

M. E. B... (Exemple de durée et de puissance anesth.) tentatives, pendant 40 secondes, pour ébranler les racines d'une 1re prémolaire, sans provoquer de douleur. Le lendemain, j'ai enlevé ces racines par la cocaïne, en fraisant, avec le tour, la cloison alvéolaire qui faisait obstacle à la sortie de ces racines recourbées l'une vers l'autre à leur sommet.

M. E. B., 13 ans. Extraction de 8 dents temporaires contrariant l'éruption des dents permanentes ; succès complet sur un sujet nerveux, anémique et redoutant la souffrance.

Mme M... Extraction de douze dents déchaussées à gencives enflammées. La malade, venue de la campagne, désirait que tout fût enlevé en une séance. L'extraction de ces douze dents a demandé 30 minutes seulement. Succès complet à cause des scarifications que j'ai faites aux gencives pour étendre en profondeur les effets du coryl.

UN CAS DE NÉCROSE PARTIELLE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR D'ORIGINE DENTAIRE

Par M. le Dr E. Sauvez,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

L'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société d'Odontologie me semble intéressante pour plusieurs raisons que je ferai voir après vous avoir montré la marche de la maladie.

Le 27 février 1892, je fus appelé à donner mon avis comme dentiste au sujet d'un malade, M. K..., employé de chemin de fer, âgé de 32 ans, qui m'était adressé de l'hôpital Bichat.

De taille élevée, très amaigri, le teint jaune-paille, M. K... est extrêmement faible et peut à peine se tenir debout.

Avant de l'examiner, je procédai à un interrogatoire assez approfondi qui m'apprit les faits suivants que je résume pour n'insister que sur les points importants.

Les antécédents héréditaires et personnels ne présentent rien de particulier. Pas de tumeur maligne dans la famille du malade. Pas de maladies antérieures sérieuses. Ni syphilis, ni tuberculose, ni rhumatisme. Pas de traces d'intoxication phosphorée, arsenicale, mercurielle ou saturnine.

Le 21 février, le malade s'était plaint de douleurs extrêmement violentes, qui étaient survenues brusquement et qui siégaient dans la mâchoire inférieure, du côté gauche.

Ces douleurs affectaient le caractère de crises de névralgie et s'exaspéraient au moment des repas en s'irradiant vers l'oreille. Inappétence absolue, anorexie, fièvre, mauvais état général.

Les souffrances devinrent rapidement si intenses que le malade s'alita le jour même, et, la nuit suivante, il fut pris d'une sensation d'étouffement et d'anxiété qui alla en augmentant et qui donna des inquiétudes très grandes à son entourage ; en même temps il sentait se développer dans l'intérieur de la bouche un gonflement qui augmentait de plus en plus et qui l'étouffait.

La bouche ne pouvait plus s'ouvrir, l'haleine était très fétide, la respiration pénible et bientôt un délire violent se déclara.

Le lendemain matin à 7 heures, les douleurs avaient atteint leur maximum d'intensité ; la respiration était de plus en plus difficile ; le délire s'était accru et la situation semblait très grave, lorsque tout à coup le malade sentit un soulagement immédiat et vomit une grande quantité de sang et de pus.

Un médecin appelé en toute hâte ne put examiner la bouche à cause du trismus qui persistait et ordonna un gargarisme au chloral.

Peu à peu les accidents, qui avaient diminué notablement, recommencèrent et le malade resta ainsi pendant 4 jours avec une température très élevée, du trismus, du délire, et sans prendre de nourriture. Aussi l'amaigrissement survint-il très rapidement et un second

médecin appelé porta en présence de ces symptômes alarmants le diagnostic de cancer du maxillaire.

C'est à ce moment que le malade, très affaibli, fut envoyé à l'hôpital Bichat et que je fus appelé à l'examiner.

Avant d'ouvrir la bouche je constatai un engorgement ganglionnaire très considérable, sur lequel on avait naturellement mis avec soin des cataplasmes ; la peau de la région sous-maxillaire était rouge, enflammée, et on ne pouvait que très difficilement limiter les ganglions au milieu de l'empâtement qui s'étendait jusqu'à la moitié du cou.

Je m'efforçai d'ouvrir la bouche, ce qui fut très pénible et douloureux, et je pus constater que les gencives étaient très enflammées, au niveau du bord supérieur de la moitié gauche du maxillaire inférieur. Il n'existait plus de dents de ce côté en arrière de la 1re petite molaire inférieure gauche, mais on constatait jusqu'à l'emplacement de la dent de sagesse la présence d'une solution de continuité linéaire dont les 2 bords commençaient à adhérer. Cette sorte de fissure ressemblait assez à la plaie qui résulte de l'extraction de plusieurs dents voisines au bout de 6 à 8 jours et était due vraisemblablement à l'ouverture de l'abcès qui semble s'être développé au début de l'affection et qui s'était ouvert spontanément. Cet abcès n'était d'ailleurs pas terminé et sécrétait du pus en assez grande abondance. La 1re petite molaire inférieure gauche était mobile et un peu douloureuse.

En cherchant à palper en dehors la face externe du maxillaire, je pus, en déprimant l'œdème qui siégeait à ce niveau, arriver à percevoir un gonflement très étendu de l'os, commençant au niveau de la canine environ pour se terminer et se perdre en arrière au niveau de l'angle de la mâchoire.

Ne trouvant pas de raison dans les antécédents du malade qui pût m'expliquer la brusquerie et l'intensité de ces accidents, j'examinai avec soin la 1re petite molaire inférieure gauche et je constatai à sa face postérieure la présence d'une petite carie dans laquelle j'arrivai à introduire une sonde recourbée qui m'indiqua qu'il s'agissait là d'un 4e degré.

Sans plus tarder je pratiquai l'extraction de cette dent qui, malgré sa mobilité, était encore solidement implantée et je fis des injections nombreuses d'eau phéniquée à 1,50 pour 100 dans l'alvéole de la dent extraite et entre les 2 lèvres de la fissure dont j'ai parlé.

Pour compléter l'observation de la bouche, je dois dire qu'il restait 5 dents au maxillaire supérieur et 7 au maxillaire inférieur, les 4 incisives et les 2 canines, plus la 1re petite molaire inférieure droite. Ces dents étaient allongées et fortement sorties de leur alvéole, mais non mobiles ni cariées. Il n'existait pas de traces d'ostéo-périostite.

J'examinai minutieusement l'état général sans rien constater de spécial ; les urines ne contenaient ni sucre ni albumine.

J'interrogeai le malade avec soin au sujet de la dent que je venais de lui enlever, et il m'apprit qu'il en souffrait, mais fort peu, et surtout à la percussion depuis 3 mois environ.

La dent elle-même ne présentait rien de spécial si ce n'est une

dénudation du sommet de la racine qui était jaunâtre arrondi, ambré et translucide. La racine était longue et cependant son extrémité avait déjà subi un commencement de résorption par nécrose car il n'y avait pas de pointe saillante, mais une extrémité arrondie.

En la sciant pour voir la chambre pulpaire et le canal radiculaire, je constatai que ces cavités étaient très peu étendues, comme cela existe normalement à l'âge du malade.

Comme traitement, j'ordonnai des injections d'eau phéniquée au 1/100 dans l'alvéole au moyen d'une seringue en verre et des gargarismes avec la même solution toutes les heures.

Je revis le malade d'abord tous les jours puis toutes les semaines ; les suites furent parfaites ; à chaque visite je faisais dans l'alvéole des injections d'une solution de chlorure de zinc au 1/100 et des pointes de feu dans la région.

L'adénite disparut rapidement, les phénomènes inquiétants de même; l'appétit revint et l'état général se remonta assez vite. Le gonflement osseux persista cependant longtemps, les douleurs également.

La plaie guérit lentement ; trois semaines après, on constatait encore un orifice fistuleux, reste de l'orifice alvéolaire par où s'écoulait toujours un peu de pus.

Un stylet introduit dans ce trajet rencontrait des surfaces dénudées, rugueuses et mobiles. J'attendis ainsi pendant un mois, en me bornant à faire de l'antisepsie buccale et en voyant le malade tous les 8 jours.

Le 21 mars, c'est-à-dire juste un mois après le début des accidents, je retirai sans aucun effort un séquestre qui était mobile du côté interne de l'alvéole de la dent extraite. Ce 1er séquestre était une lamelle de 2 centimètres de long et de 1 centimètre 1/2 de haut. On y trouvait une partie concave en forme de gouttière, dans laquelle on reconnaissait la partie interne de l'alvéole. La suppuration diminua, mais ne cessa pas complètement.

Le 10 avril le malade élimina spontanément un second séquestre du volume d'une grosse lentille.

Le 18 avril un 3e encore plus petit et enfin j'en retirai un dernier le 8 mai, peu volumineux également.

Les douleurs ont persisté pendant 2 mois environ sous formes de crises survenant sans raison.

J'ai revu récemment le malade et on ne constate à cet endroit qu'une dépression assez profonde recouverte de muqueuse saine ; l'état général est excellent.

Divers points me semblent intéressants, dans cette observation : en première ligne l'intensité de ces accidents survenant brusquement, sans prodromes, chez un homme en bonne santé, non diabétique, non affaibli et ne présentant aucune tare de l'organisme.

Cette sensation d'étouffement accusée par le malade est rarement aussi grave et dans ce cas il a dû se passer un phénomène analogue à celui que l'on rencontre dans le phlegmon de l'amygdale, à marche très rapide parfois, et il aurait pu certainement, étant donné la gravité des symptômes, survenir de sérieuses complications.

A ce point de vue de gravité, cette observation peut se rapprocher de celle de Daga, rapportée par M. le Dr Pietkiewicz dans sa thèse inaugurale ; il s'agissait dans ce cas d'un malade atteint de périostite de la 2e grosse molaire inférieure droite ; malgré l'extraction il survint une ostéo-périostite intense du maxillaire, avec agitation, délire et mort.

Ce qui me frappe en second lieu, c'est que la dent qui a causé tous ces accidents était une 1re petite molaire. On aurait pu, si l'on s'était trouvé en présence d'un jeune homme possédant toutes ses dents, croire qu'il s'agissait là d'accidents de dent de sagesse; tous les symptômes existaient en effet : trismus, siège de l'adénite, empâtement de la mâchoire, etc.

Ce cas doit être rapproché de ces faux accidents de dents de sagesse sur lesquels M. le Dr Cruet attirait récemment l'attention et me semble intéressant à ce point de vue.

Dans ce cas particulier, le diagnostic était facile puisqu'il n'existait pas de dent en arrière de la 1re petite molaire, mais il aurait été bien difficile si les autres dents avaient existé, et comme conclusion pratique, ce fait prouve qu'on doit se préoccuper dans les cas où les symptômes portent à chercher une cause dans les grosses molaires, non seulement de ces dents elles-mêmes, ce qui est naturel, mais même des petites molaires, puisqu'il s'agissait dans ce cas particulier d'une première petite molaire, comme je l'ai déjà dit.

En troisième lieu j'insisterai sur la longueur de la racine ; la dent enlevée avait en effet (je l'ai signalé dans l'observation) une longueur notable que je n'ai pu déterminer exactement, puisque, au lieu de trouver la pointe normale, j'ai trouvé une extrémité arrondie, signe qu'il y avait déjà un commencement de résorption par nécrose.

Beaucoup d'auteurs insistent sur cette particularité que, d'une manière générale, lorsque les abcès périmaxillaires s'ouvrent à la peau, on constate que l'extrémité des racines dépasse le niveau où la muqueuse se réfléchit de la joue sur les gencives.

Dans cette observation, peut-être cette considération doit-elle entrer en ligne de compte, puisque nous avons vu qu'il n'y avait pas d'abcès au niveau de la dent, mais une inflammation générale de l'os, une ostéite suppurée des mâchoires ayant déjà abouti à un abcès très volumineux intra-buccal, mais qui se serait certainement ouvert dans la région sous-maxillaire si l'on n'était pas intervenu.

On sait qu'on explique par là que tantôt il existe une fistule cutanée et tantôt une fistule muqueuse.

La pathogénie de ces accidents semble être toujours la même. A la suite de carie du 4me degré, périodontite chronique, probablement accompagnée d'un abcès à l'extrémité de la racine et tout à coup poussée aiguë amenant à sa suite une ostéite suppurée du maxillaire qui se complique de nécrose.

Ces complications ne sont pas très rares, surtout à la suite des fractures.

On sait que Richet a attiré l'attention dès 1865 sur la facilité avec

laquelle s'infectent les plaies du maxillaire inférieur et qu'il avait donné à cette complication le nom *d'intoxication putride aiguë* et que Chassaignac appelait *cachexie buccale* l'infection du malade à la suite d'affection du côté de la bouche.

Je ne citerai pour mémoire, au hasard, comme observation d'accidents d'infection accompagnés de nécrose que 2 ou 3 cas célèbres, entre autres une observation de Gerdy relatée dans les *Arch. de Méd.* de 1835 où la mâchoire inférieure tout entière se nécrosa à la suite d'une fracture compliquée de plaie.

Comme cas reconnaissant les dents comme origine, rappelons encore 2 observations, une de Blandin *(Bull Soc. Anat.* 1844) et une autre de Demarquay (même recueil, 1863). Dans ces 2 cas il y eut perte de la moitié du maxillaire inférieur après fracture d'alvéole consécutive à la simple avulsion d'une dent.

Les deux malades étaient des femmes.

Rappelons aussi ce cas curieux rapporté par Paget dans la *Lancet*, 1866. Un matelot souffrant d'une névralgie dentaire introduit pour se soulager dans la dent malade un peu de jus de tabac accumulé dans sa pipe ; aussitôt il se déclara une violente inflammation et, 3 mois plus tard, Paget enlevait par fragments une partie du maxillaire inférieur.

Ces cas pris au hasard démontrent la facilité de l'infection dans les accidents portant sur le maxillaire inférieur reconnaissant pour cause un traumatisme ou des lésions dentaires, et je les ai rappelés parce que, dans mon observation, malgré la violence de l'inflammation, malgré la position déclive, l'âge avancé du malade, la nécrose fut en somme peu importante, quoique cependant on se soit borné comme traitement à des soins antiseptiques très simples sans avoir pratiqué aucune opération.

Je me suis contenté comme intervention de retirer les séquestres quand ils étaient mobiles, et tous les auteurs s'accordent sur l'importance qu'il y a à le faire.

On connaît l'observation de Cattlin dans laquelle une portion mortifiée de la mâchoire fut enlevée au-dessous de la clavicule.

J'ai pensé que cette observation valait la peine d'être présentée, puisqu'en somme elle montre toute l'importance qu'il y a à ne pas laisser dans la bouche des dents atteintes du 4e degré et puisqu'une intervention judicieuse en temps voulu aurait évité tous ces accidents.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 7 mars 1893.

Présidence de M. Viau, président.

La séance est ouverte à 9 heures un quart.

M. Martinier, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal de la dernière réunion, qui est mis aux voix et adopté. Il communique

ensuite une lettre de *M. Gillard,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à la réunion.

M. Viau prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Je vous remercie bien cordialement de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider les séances de la Société d'Odontologie de Paris, pendant le cours de l'année 1893 ; je n'en connais pas de plus enviable, car vous rendez la tâche facile à vos présidents, et nos séances ont toujours un vif intérêt. Si passionnantes que soient les questions traitées à cette tribune, elles ne sortent jamais des sphères tranquilles de la science et de la technique professionnelle ; jamais elles ne soulèvent ces discussions orageuses dans lesquelles les arguments de tout ordre, les attaques, les ripostes, les récriminations et les répliques s'entremêlent si bien qu'il est parfaitement impossible à un moment donné de savoir d'où l'on est parti et dans quelle direction on se dirige. Nous ne connaissons pas, heureusement, ces épisodes passionnants, mais stériles. Quelle que soit la question abordée ici, nous tâchons de faire la lumière. Les Sociétés analogues à la nôtre sont de véritables associations d'enseignement et d'instruction mutuelle, et c'est là leur véritable raison d'être, c'est ce qui fait leur utilité et assure leur prospérité.

M. Gillard, mon prédécesseur, a rempli pendant deux ans les fonctions de président avec une compétence qui a puissamment contribué à rehausser encore l'éclat de notre Société, dont l'importance s'accroît de plus en plus. Aussi mérite-t-il un juste tribut de remerciements.

L'année dans laquelle nous entrons marquera une date importante dans l'histoire professionnelle et dans celle de nos écoles dentaires par suite du sort qui les attend et du programme d'examen à élaborer pour l'obtention du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste. Il faut espérer que les travaux produits par notre Société ne laisseront pas indifférents les membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique, et que nos efforts auront une certaine influence sur leur détermination.

Aussi je vous demande, dans l'intérêt même de la Société et de toutes les branches qui s'y rattachent, de redoubler d'ardeur dans nos travaux afin que les espérances si légitimes que nous avons conçues jusqu'à ce jour se trouvent réalisées.

N'oublions pas non plus que nous devons encourager les jeunes à nous apporter une contribution de travail ; il se peut que leurs premières communications ne présentent pas tout l'intérêt de celles de praticiens ayant une expérience plus ancienne. On a tort, parfois, de leur reprocher d'une façon trop vive la présentation de travaux sur des sujets déjà discutés ici ; une légère variante peut offrir un côté digne d'attention, et ce seul titre mérite qu'on les écoute.

Nous avons été heureux de voir M. Vacher, membre de l'Ecole dentaire de France, prendre l'initiative d'une proposition tendant à ce que les réunions des deux Sociétés odontologiques de Paris aient lieu à des jours différents, afin que tous ceux qui s'intéressent à ces réunions puissent assister à l'une et à l'autre. Votre bureau, messieurs, étudiera la question et vous fera prochainement une proposition. Je suis certain que vous vous efforcerez de rendre nos séances aussi attrayantes que possible, et je souhaiterais vivement voir cesser certaines abstentions en raison des prochains événements. La Société d'Odontologie n'est-elle pas un terrain neutre et les causes de divisions ont-elles un caractère assez

grave pour empêcher de contribuer à la renommée de l'odontologie française?

Quelles étaient donc les causes de la tempête qui a failli renverser l'édifice élevé avec tant de peine? Quel conflit d'intérêts a transformé en frères ennemis de vieux camarades ?

Diogène allumait sa lanterne en plein midi pour chercher un homme dans Athènes. On allumerait tous les phares du littoral sans trouver un motif de séparation compréhensible, pour des gens qui ne sont pas inféodés à l'un ou à l'autre de nos groupes.

Il y a eu des animadversions personnelles, c'était inévitable; il est impossible que 50 personnes se rencontrent dix ans de suite sans que 40 d'entre elles se trouvent réciproquement le nez dirigé d'une manière peu gracieuse ou le sourcil mal arqué... Mais d'habitude ces querelles restent isolées et individuelles et on ne les élève pas à la hauteur d'un *casus belli.* Il y a eu quelque chose de plus grave : des dissentiments d'ordre métaphysique à propos de la loi sur l'exercice de l'art dentaire ; je dis d'ordre métaphysique, car lorsque cette difficulté a surgi, la plupart d'entre nous avaient un temps de pratique tel que la loi ne les touchait pas ou les touchait fort peu. Tout se ramenait à des divergences d'appréciation sur le rôle de l'Etat dans l'organisation et la police des professions.....Ne voyez-vous pas dans toute notre polémique, messieurs, comme une image de ces querelles théologiques qui faillirent ensanglanter la primitive Eglise lorsque fut posée l'importante question de savoir si le Saint-Esprit procède du Père seulement, ou s'il procède du Père et du Fils. Il fallut réunir un concile œcuménique pour la trancher. Aujourd'hui encore, ceux qui chantent au Credo de la messe *Ex patre procedit* sont traités de schismatiques par ceux qui admettent la formule orthodoxe « *Ex patre filioque procedit* !!! »

C'est que, voyez-vous, il y a des circonstances où les moindres dissentiments s'enveniment, où des luttes puériles dans leurs causes prennent le caractère de guerres civiles. Pour nous imposer à ceux qui voulaient empêcher les dentistes d'arriver à la vie collective et professionnelle qui leur donnait le droit à l'existence dans la société actuelle, nous avons dû nous organiser et combattre, et si nous avons acquis dans ces luttes des qualités de souplesse et de dialectique que l'exercice modeste et tranquille de notre profession ne nous eût probablement pas données, nous avons pris des habitudes batailleuses, dont nous avons encore de la peine à nous défaire. Il est toujours dangereux de jouer avec des armes de guerre et c'est ce que nous avons fait inconsciemment les uns et les autres. Les groupements et la politique électorale, les interpellations en séance publique, les bravades et les coups d'autorité, tout cela, messieurs, ce sont des armes de guerre. Nous nous en sommes servis d'autant plus rudement que nous nous en croyions obligés.

Jamais pour mon compte je n'ai porté un coup à un adversaire sans avoir la conviction que j'étais forcé de le faire pour la réussite d'une légitime défense, et tous ceux de mon groupe étaient dans le même cas. Je n'ai pas reçu de mandat pour parler au nom du groupe adverse, mais il me semble bien que c'était la même chose, car, je le répète, il n'y avait pas de conflit d'intérêts ; il n'y avait que des révoltés à propos d'influences platoniques, et dans ces cas-là, quand on frappe, c'est qu'on se croit menacé, — et plus on se croit menacé, plus on frappe fort.

Dieu merci, dans cette lutte il n'y a pas eu de morts ; j'espère bien que le temps a déjà fait son œuvre et que les blessures les plus cruelles sont moins douloureuses qu'elles ne l'étaient il y a six mois ; j'espère que nous sommes à la veille d'une trêve définitive: c'est mon vœu le plus cher,

c'est ce qui peut arriver de meilleur pour nous et pour notre œuvre.

Cette trêve s'est déjà spontanément produite : à l'occasion d'un malheur qui nous frappait tous, nous avons vu s'unir tous les efforts pour perpétuer une mémoire qui nous est chère.

La concentration de toutes nos forces est aujourd'hui plus que jamais nécessaire, et si l'on ne voulait conserver que le souvenir des choses utiles faites en commmun, la paix serait définitive.

M. Viau. — M. Poinsot vient de déposer sur le bureau pour notre bibliothèque deux exemplaires d'un travail qu'il a publié tout récemment, intitulé *Les accidents de la première dentition.* Ce sujet passionnant entre tous a été discuté bien des fois, et tout récemment encore à l'Académie de médecine. Notre savant confrère, à son tour, vient de reprendre cette question et, passant en revue les opinions des différents auteurs, en fait la critique et donne, avec la compétence que nous lui connaissons tous, ses idées personnelles. Je prie M. Poinsot d'agréer nos sincères remerciements.

I. — PRÉSENTATION D'UN NOUVEL ANESTHÉSIQUE (LE CORYL), PAR M. D'ARGENT

M. d'Argent. — Avant de vous lire ma communication, je vous présenterai deux malades qu'on a bien voulu me choisir ce matin à la clinique de l'Ecole et qui attendent depuis un certain temps. C'est sur elles que j'expérimenterai devant vous le produit dont j'ai à vous entretenir, en vous faisant remarquer que les conditions sont un peu défavorables puisque nous avons de la lumière, beaucoup de monde, et la surexcitation forcée des patientes à cause de leur longue attente.

M. d'Argent présente une première malade à laquelle il extrait, en employant le coryl, une racine très friable. Le sujet n'éprouve aucune douleur et réclame une deuxième extraction.

M. d'Argent fait remarquer que c'est là la meilleure recommandation en faveur du produit.

La nouvelle extraction opérée est celle de la racine supérieure d'une première prémolaire cachée sous la gencive ; le sujet ressent fort peu de chose.

M. d'Argent ajoute qu'il a fait près de 50 opérations à la clinique, qu'il n'a pas eu d'insuccès et que le coryl peut s'appliquer même dans les endroits de la bouche les plus éloignés.

Une deuxième malade est amenée, à laquelle il enlève successivement 3 racines après une seule émission de l'anesthésique et la malade n'accuse aucune douleur.

M. d'Argent donne ensuite les explications suivantes :

Le coryleur, à cause de sa belle fabrication, ne laisse échapper aucune parcelle du médicament ; toutes les articulations se démontent au moyen de vis et se nettoient : ce sont des cônes qui se joignent à vis. L'appareil est toujours tenu dans une position déclive. On a imaginé des aiguilles de toutes les sortes, des fourches à trois dents, mais le coryl n'a pas assez de force pour sortir par trois ouvertures.

Il donne ensuite lecture de sa communication (voir *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Poinsot. — Cet agent réfrigérant semble devoir donner de grands résultats. Il y a quelque dix ans nous avions de l'espoir dans la réfrigération du chlorure de méthyle et, pour ma part, j'ai pensé tout de suite aux réfrigérants après les idées de Debove sur le traitement de la sciatique.

Mais le chlorure de méthyle a une puissance extrême et occasionne des accidents; il oblige à isoler les points sur lesquels on doit l'employer, il congèle les tissus, les rend cassants, de sorte qu'une opération ordinaire devient très difficile. Nous dûmes donc abandonner cet agent.

Quand le chlorure d'éthyle se présenta, nous l'adoptâmes, mais je trouvai nécessaire de lui associer la cocaïne : je badigeonne la gencive avec une solution concentrée et quand la cocaïne produit son action, le froid pénètre davantage; ce procédé permet également de gagner du temps.

Je constate que M. d'Argent et moi nous nous sommes rencontrés par des chemins différents. Je ne peux que saluer l'apparition de ce nouveau produit et fonder de grandes espérances sur lui.

M. Roy. — Etant donné la réglementation et la composition du coryl n'étant pas connue, vous êtes passible d'une peine en l'employant, puisque c'est un remède secret.

M. d'Argent. — C'est une méthylation du chlorure d'éthyle, la composition en est déterminée, seul le procédé de fabrication est un secret.

M. Roy. — Si la composition est connue, mon observation n'a plus de raison d'être.

M. d'Argent. — On a trouvé un moyen de fabrication permettant d'obtenir l'ébullition à zéro.

M. Viau. — Il convient de remercier M. d'Argent de sa très intéressante communication si étudiée.

II. — PRÉSENTATION D'UN FOURNEAU FLETCHER, PAR M. LEMERLE

M. Lemerle. — Ce petit fourneau permet de chauffer rapidement les pièces à souder, tandis qu'autrefois il fallait longtemps, parce qu'on avait moins de chaleur. C'est un fourneau ordinaire avec une calotte sphérique en terre réfractaire sous laquelle on pose l'appareil et, en huit minutes, tout est rouge et la pièce se soude très rapidement. On gagne donc du temps et le fourneau est plus maniable qu'un chalumeau à pied. La pièce est enveloppée de chaleur immédiatement et on arriverait probablement à fondre de l'or.

DISCUSSION

M. Poinsot. — Quelle quantité de gaz exige-t-il ?

M. Lemerle. — On ne le dit pas.

M. Poinsot. — Y a-t-il de l'air ?

M. Lemerle. — Oui, et on peut surveiller l'appareil.

M. Deschaux. — L'innovation consiste, dites-vous, dans la calotte; mais depuis 8 ans j'en ai un semblable, acheté chez Fletcher!

M. Dubois. — J'en ai également un depuis 4 ans, que j'ai acheté sur le conseil de M. Barbe.

M. Rosenbaum. — M. Gillard en possède aussi un pareil qui donne une grande chaleur.

III. — UN CAS DE NÉCROSE PARTIELLE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR D'ORIGINE DENTAIRE, PAR M. LE Dr E. SAUVEZ

M. Sauvez donne lecture de cette communication (Voir *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Poinsot. — La dent possédait une longue racine; or les accidents profonds sont toujours accompagnés de dents à longues racines. Pour l'articulation, qu'y avait-il?

M. Sauvez. — Rien, car la dent antagoniste n'existait pas. Cette dent était en biais.

IV. — NÉCROSE PARTIELLE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, PAR M. TOUCHARD

M. Touchard donne lecture de cette communication (Voir le numéro de mars).

DISCUSSION

M. Poinsot. — Souvent les accidents naissent à la suite d'un état dépressif; par exemple la chasse occasionne des complications des caries du 4e degré. Nous avons vu des conditions particulières dans lesquelles la santé baisse et où tout peut être imputé au système dentaire.

M. Touchard. — Le refroidissement de mon malade est secondaire. Son médecin persistait à le considérer comme un influenzé et comme il prétendait que la suppuration est très longue pour les malades atteints de l'influenza, mon patient a reculé devant l'extraction.

Il faut s'élever, dans tous les cas, contre l'application des cataplasmes.

M. le Dr Frey. — Dans toutes ces affections on rencontre une grande abondance de streptocoques qui peut coïncider avec un état d'affaiblissement général.

M. Meng. — Quand je travaillais chez le Dr David, c'est au moment des examens que les accidents dans la clientèle, composée surtout d'étudiants, étaient les plus graves et les plus nombreux.

V. — MODIFICATIONS AU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DE LA SOCIÉTÉ

M. Martinier donne lecture des articles, qui sont mis aux voix et adoptés.

M. Meng demande que la durée des communications soit limitée.

M. Viau répond que c'est bien difficile.

M. Meng réplique qu il en est ainsi dans beaucoup de sociétés.

L'ensemble des articles du règlement est mis aux voix et adopté.

La séance est levée à onze heures un quart.

Le Secrétaire général,
P. MARTINIER.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA CARIE DENTAIRE SPÉCIALEMENT AU POINT DE VUE DE LA BACTÉRIOLOGIE

Par M. le Dr de Albertis Orazio, de Gênes.

(*Suite.*)

Symptomatologie de la carie dentaire.

La symptomatologie diffère suivant les trois degrés différents de la carie. Ainsi, dans le premier degré, où nous voyons survenir la destruction de l'émail, le sujet n'accuse aucune sensation douloureuse, l'émail étant absolument dépourvu de sensibilité. L'exploration directe peut faire reconnaître cette solution de continuité de l'émail toutes les fois qu'elle n'est pas soustraite à l'examen du praticien.

Dans le deuxième degré la symptomatologie varie d'après le cours rapide ou lent de l'invasion de l'ivoire. Dans un cours rapide les phénomènes douloureux sont ordinairement proportionnés à l'extension du processus. Les douleurs sont le plus souvent provoquées et non spontanées ; ces dernières surviennent toujours sous l'influence d'un agent extérieur, tel que l'introduction dans la bouche d'un liquide qui n'a pas la température de notre organisme, ou bien avec des substances sucrées ou acides. La sensation produite est vive mais passagère et cesse dès que cesse l'action provocatrice. La sensation douloureuse, en outre, est différente suivant le lieu de la carie. Ainsi, si celle-ci se trouve sur la face latérale de la dent, à l'abri du côté contigu de la dent saine voisine, la douleur ne viendra pas avant que la pulpe soit mise à nu, tandis que si elle se trouvait sur la face triturante, les causes provocatrices de la douleur pourraient être multiples. Si le cours du deuxième degré est lent, la superficie de la carie est absolument ou presque insensible aux agents extérieurs, fait dû à la dentification condensante des canalicules dentaires sous-jacents et à la nouvelle formation de dentine secondaire produite par les odontoblastes du revêtement du germe dentaire avec rétraction et atrophie de celui-ci.

Dans le troisième degré, qui s'accentue avec la mise à nu de la pulpe et qui peut dépendre, comme nous l'avons déjà dit, du processus lent ou rapide du deuxième degré, on rencontre les symptômes objectifs et subjectifs suivants. Si le processus d'invasion est lent, les accidents sont peu intenses en raison de la réduction de la pulpe précédemment survenue. Avec la sonde on constate une cavité anfractueuse et irrégulière dans ses parois, qui empêche quelquefois l'instrument de pénétrer dans la cavité dentaire ; mais si l'on arrive à la pulpe, on peut, avec les excavateurs, extraire des morceaux de celle-ci plus ou moins altérés. De sorte que de l'ensemble de ces ef-

forts réparateurs de la dentine secondaire et de la reprise alternante du processus il résulte que la douleur, outre qu'elle n'est pas très intense, est caractérisée encore par des crises de calme. Dans quelques cas il peut même arriver que la maladie soit dans tout son cours indolore et tout à fait insensible. Nous pouvons affirmer que, dans notre pratique, nous l'avons observé plus d'une fois.

Si, au contraire, la carie a un cours rapide, alors la symptomatologie est tout à fait spéciale. A peine le germe dentaire est-il exposé aux agents extérieurs qu'il est atteint de processus inflammatoire. D'abord l'inflammation se limite au point mis à découvert, puis s'étend avec rapidité à toute la pulpe et peut la détruire complètement en un court laps de temps (24 heures), en produisant la pulpite gangréneuse. Le symptôme dominant de la carie du troisième degré est la douleur, qui peut parfois être légère, intermittente, se reproduisant par le contact accidentel de certains mets ou de certaines boissons ou d'actes physiologiques (la succion). Cette douleur, bien localisée au début à l'organe atteint, peut par la suite devenir vague, indéterminée, par les réflexes que peut amener l'inflammation du germe sur des troncs nerveux éloignés ; ces cas sont précisément ceux qui, si le patient s'y trompe, ne doivent pas tromper l'œil du dentiste. On sait tout à fait comment une pulpite semblable, limitée à une des 6 molaires inférieures, peut donner de la douleur au trou sous-mentonnier, à la face, à la région cervicale supérieure et à l'articulation temporo-maxillaire par les liens anatomiques que le nerf dentaire inférieur a dans ces régions. De même, la carie d'une dent supérieure peut causer de la douleur au trou sous-orbitaire, aux tempes, aux paupières, aux joues, au cuir chevelu, pour les mêmes raisons anatomiques. D'autres fois, et cela arrive beaucoup plus fréquemment, la douleur atteint une acuité assez intense, et, tout en étant la plupart du temps locale, elle devient continue, lancinante et pulsative, avec de l'exacerbation qui n'a d'analogue que dans les plus terribles douleurs physiques.

Cette symptomatologie est due à l'invasion inflammatoire de toute la pulpe et à ce phénomène particulier appelé par les spécialistes *étranglement du germe*. Avec la mort de la pulpe la douleur se modifie dans ses caractères ; les frissons cessent, il subsiste une douleur profonde avec un sentiment de tension. La dent s'allonge subjectivement et objectivement et si, dans cette période, elle n'est pas avulsée, il peut se produire un abcès alvéolaire ou bien plus tard la réintégration de l'organe dans toutes ses fonctions, le périoste alvéolo-dentaire restant physiologique et pouvant suppléer suffisamment la pulpe totalement détruite par le processus sus décrit.

Renonçant à décrire les complications de la carie dentaire, parce qu'elles conviennent mieux à des chapîtres spéciaux, nous porterons notre attention sur le

Diagnostic de la carie dentaire.

Il peut sembler très facile, là simple inspection de la bouche suffisant à quelques-uns avec la séméiotique des dents. Pourtant avec

tous les moyens dont on peut disposer, la vue, le toucher, l'odorat, la percussion, le miroir, le stomatoscope, la sonde et les agents thermiques, dans chaque cas un diagnostic précis rencontre des obstacles. Il n'est donc pas inutile d'examiner un peu la question.

S'il s'agit de caries du premier ou du deuxième degré qui, comme nous le voyons, ont une symptomatologie presque égale et le plus souvent indifférente, outre qu'elles passent inaperçues du sujet, elles le sont également pour le dentiste, qui n'est presque jamais requis d'intervenir pour ces deux premiers degrés. Quand il devra faire de la prophylaxie ou sera consulté pour traiter des dents atteintes du troisième degré, il pourra diagnostiquer avec une certaine facilité ce premier et ce deuxième degré en se basant sur les indications ci-dessus données dans la symptomatologie et en recourant à tous les moyens de séméiotique dentaire. Mais la carie du troisième degré, alors même qu'elle est expliquée avec tout son cadre symptomatologique, peut être d'un diagnostic difficile ; ainsi, il peut arriver qu'une carie du deuxième degré se soit conservée invisible dans un interstice dentaire ou dans une autre partie cachée de la couronne jusqu'à devenir du troisième degré parce que la douleur, au lieu de se bien localiser, se sera irradiée d'une manière vague dans les rameaux nerveux des diverses régions de la face, du cou et du cuir chevelu, en se fixant parfois dans une dent absolument saine. Dans des circonstances aussi obscures, il convient de redoubler de circonspection et de recourir avec grande délicatesse : 1° au sondage minutieux de chaque face et des bords des dents fortement éclairées par la lumière directe ou par la réflexion, en cas de besoin aussi par la lumière artificielle en se servant de stomatoscopes et de miroirs spéciaux ; 2° à l'injection d'un jet filiforme d'eau chaude ou froide en en délimitant le contact dent par dent ; 3° au courant électrique faible et insensible pour les dents saines, mais qui s'accentue sur la dent cariée et provoque une très vive douleur; 4° à la percussion (avec un maillet de métal ou d'ivoire) verticale ou horizontale pour chaque dent ; alors le patient indiquera la plupart du temps la sensation douloureuse.

Tous ces moyens pourront faire découvrir le siège précis de la carie, mais le problème du diagnostic sera encore résolu par la précision du degré auquel appartient la carie. Une grande circonspection est très nécessaire pour ne pas courir le risque de convertir un deuxième degré intempestivement en un troisième et mettre ainsi en danger l'existence de la pulpe et de l'organe lui-même. Pour obvier à cet inconvénient les règles suivantes du diagnostic différentiel sont indispensables.

Si le malade accuse une simple sensation, légère et fugace, provoquée par les agents thermiques ou chimiques, il devra soupçonner et avec quelque raison le premier degré de carie.

Si le malade accuse une véritable douleur intense, mais supportable, provoquée non pas spontanément, mais par les mêmes causes que dans le premier degré, et raisonnablement durable, on pourra affirmer que la carie est du deuxième degré.

Enfin si le malade accuse une douleur plus ou moins intense,

pulsative, durable, insupportable, naissant spontanément sous l'intervention des agents extérieurs, on pourra conclure à la carie du troisième degré. Cependant on trouve quelquefois des patients présentant en même temps plusieurs dents cariées aux trois degrés différents, fait qui peut s'expliquer pour chacune par sa pathognomie spéciale. Quoique rarement, nous devons avouer que dans notre clientèle nous avons trouvé des exemples de ce fait. Quels sont les moyens pour distinguer la dent la plus à craindre pour les conséquences fatales auxquelles elle est entraînée ? Il convient d'explorer l'une après l'autre toutes les cavités cariées et par voie d'élimination, de classer d'abord les caries du premier et du deuxième degré jusqu'à ce qu'on soit absolument certain si une ou plusieurs dents sont attaquées par la carie du 3e degré, si l'on peut, en établir le degré d'acuité (pulpite aiguë ou chronique) et déterminer celle qui donne lieu à la symptomatologie.

Traitement de la carie.

Le traitement de la carie a pour but : 1° de guérir la douleur ; 2° de conserver autant que possible l'organe préposé à la mastication, à l'esthétique, à l'articulation et à la perfection de la voix. La guérison de la carie peut s'obtenir dans les trois degrés en recourant à des traitements spéciaux à chacun d'eux. La conservation de l'organe s'obtient avec les deux opérations *résection* et *obturation*, qui ont pour but principal d'arrêter le processus de la carie dans son cours, quel qu'il soit, et, quand une grande partie des parois de la couronne dentaire est perdue, de la refaire avec des substances résistant à la mastication.

Dans le traitement de la carie du premier degré, qui, pour nous, et contrairement à l'opinion des spécialistes, est insensible parce que les prismes de l'émail sont insensibles (émanation épithéliale), il est suffisant :

1° De faire une résection bien conduite dans des limites convenables, en enlevant toute la couche adamantine lésée, puis, avec l'aide d'une bonne loupe, de procéder au polissage de la surface réséquée avec les moyens dont dispose la science. Il importe d'attacher une grande importance à cette manipulation pour ne pas voir une plus large superficie exposée aux agents délétères et aux facteurs de la carie elle-même. Si, dans cette opération, il se produisait des impressions légèrement douloureuses, le médicament le plus efficace est, à nos yeux, le nitrate d'argent appliqué quelques secondes sur la surface sensible au moyen d'une sonde enduite du caustique fondant. D'autres praticiens conseillent le tannin et le chlorure de zinc, le caustique de Vienne et l'acide arsénieux ; mais ces médicaments, très précieux pour les autres degrés de carie, s'évaporent dans leur action ou sont trop actifs et ne sont jamais aussi prompts dans leur effet que le nitrate d'argent ;

2° Indépendamment de la résection, on peut mettre en œuvre l'obturation et, ce qui ne sera jamais prôné suffisamment, employer l'or bien condensé dans ces petites cavités. Quand on a rigoureusement

stérilisé leur surface et préparé avec des parois résistantes et homogènes la cavité qui doit contenir l'or, sans conteste ce métal est dans ce cas supérieur à toutes les autres substances employées par les dentistes modernes.

Dans le traitement du deuxième degré, après s'être assuré qu'on est bien en présence de celui-ci, après s'être rendu compte exactement de l'épaisseur moyenne de l'ivoire de chaque dent sur chacune des diverses faces, on enlève soigneusement tout l'ivoire ramolli, en ayant bien soin de ne pas découvrir la cavité de la pulpe parce qu'alors on provoquerait des complications très redoutables ; en pareil cas ce qui subsiste est précieux et il vaut mieux laisser au fond de la cavité un peu d'ivoire déjà ramolli qu'exposer la vitalité de la pulpe en la mettant en contact avec les agents externes.

Il est naturel qu'un semblable procédé de résection au moyen des excavateurs soit mis en pratique toutes les fois qu'il n'y a pas de douleur et agissant ainsi jusqu'à la préparation complète de la cavité, en se conformant aux règles générales de l'obturation, on passera rapidement à celle-ci. Si le malade accuse surtout les phénomènes douloureux propres au deuxième degré ou qui l'accompagnent pendant l'excavation et la résection des détritus, on ne pourra en aucune manière procéder à l'obturation définitive ; on devra la faire précéder de l'application de médicaments propres : 1° à calmer la douleur ; 2° à détruire les facteurs de la carie elle-même. Comme calmants de la douleur les dentistes tiennent en grande estime le chloroforme, le laudanum, la créosote, l'acide phénique, la cocaïne, le chlorure d'éthyle, appliqués dans la cavité de la dent elle-même. Pour détruire les facteurs de la carie, les agents préférables sont le tannin, la créosote pure, le menthol, le thymol, l'acide phénique pur ou mélangé à la gomme arabique ; quelques-uns préconisent la benzoïne, le collodion et les substances résineuses.

C'est à la fin de chapitre, disions-nous tout à l'heure, que nous devons rappeler le traitement de la carie avec les données bactériologiques et compléter la question dans toutes ses parties. Quelquefois l'insensibilité absolue du fond de la carie peut être obtenue en quelques heures, d'autres fois il faut plusieurs jours, de sorte que l'application de ces agents se fait dix fois et plus. D'un autre côté, ces médications répétées peuvent non seulement être infectieuses, mais encore intempestives, en ce sens qu'elles peuvent avoir une action pernicieuse sur la pulpe elle-même. Nous préférons limiter ces médications au nombre de 2 ou 3 au plus, puis recourir à une obturation temporaire, qui est légèrement conductrice des changements thermiques ; puis, la dent devenue tout à fait insensible, enlever l'obturation provisoire et procéder à la définitive.

Le traitement du troisième degré est celui qui se présente communément au dentiste. Comme nous l'avons dit plus haut, de la mise à nu de la pulpe résulte la pulpite aiguë ou chronique.

Pour la première autrefois et encore aujourd'hui quelques praticiens peu sérieux recouraient et recourent à l'avulsion de la dent ; pour nous, l'avulsion est exclusivement réservée aux cas de carie du

troisième degré, accompagnée de sérieuses lésions du périoste alvéolo-dentaire ou des alvéoles. Malgré la mort totale de la pulpe il ne faut pas désespérer d'une issue heureuse ; il est dès à présent certain que la cavité pulpaire une fois vidée, le périoste alvéolo-dentaire seul peut suffire à la nutrition et aux fonctions de la dent. Le dentiste fera bien pourtant de recourir à tous les moyens pour calmer d'abord la douleur ; à cet effet, les sangsues à l'endroit douloureux, les scarifications gingivales, les calmants, les collutoires opiacés sont indiqués. Pour la destruction de la pulpe, laissant de côté le caustique électrique, le chlorure de zinc, le chlorure d'antimoine, le caustique de Vienne, etc., nous donnons la préférence avec presque tous les dentistes à l'acide arsénieux porphyrisé et appliqué à l'état pulvérulent et mélangé avec des substances liquides à la dose d'un milligr. par application. On fera bien d'observer la plus grande circonspection dans le dosage si l'on ne veut pas causer des empoisonnements plus ou moins alarmants. Avec l'application de l'acide arsénieux escharotique on obtient rapidement une modification de la douleur : celle-ci de pulsative et lancinante devient, le plus souvent, une sensation douloureuse qui est supportable et qui disparaît graduellement en 4 ou 5 heures. Dans les dents uniradiculaires une seule application arsénicale suffit ; pour les molaires quelquefois il en faut 2 ou 3 avec un intervalle de 20 à 24 heures entre elles en alternant avec la créosote. Beaucoup se passent de créosote et préfèrent abandonner la dent au repos absolu ; en fait, dans notre pratique nous nous sommes toujours tenu à cette dernière méthode qui la remplace pleinement.

Dans la carie du 3e degré des incisives et des canines quelques praticiens modernes conseillent l'ablation immédiate de la pulpe avec les *extracteurs*. Si ce procédé est indiqué dans la prothèse des dents à pivots, nous le rejetons comme moyen curatif de la pulpite aiguë consécutive à la carie du 3e degré, tant à cause de la douleur très vive qu'il cause à l'opéré que pour la réussite insuffisante et difficile de l'acte chirurgical en lui-même. La disparition de tous les symptômes fâcheux obtenue, on ne devra jamais procéder à l'obturation immédiate. Si on la faisait, on pourrait certainement compromettre sérieusement l'organe en provoquant très facilement des périostites alvéolo-dentaires qui réclameraient l'avulsion de la dent. La cavité de la carie sera traitée avec du coton imbibé de liquides stérilisants, maintenu en place avec des solutions résineuses qui deviennent imperméables aux agents délétères et se solidifient au contact de la salive.

Si à la carie du 3e degré succède la pulpite chronique, alors on peut modifier légèrement le traitement curatif : on pourra dans ce cas tenter de conserver une partie du germe dentaire en donnant la préférence non plus à l'acide arsénieux, mais à des escharotiques qui ne soient pas aussi diffusibles ; la conservation d'une partie de la pulpe pourra être destinée à la formation de dentine secondaire, grâce à laquelle la dent pourra acquérir des conditions favorables à l'obturation permanente de la cavité. Dans ce but les applications

quotidiennes d'alcool camphré et d'alcool résineux sont indiquées. Quant au nombre de ces médications, il y a une limite pratique: elles doivent continuer jusqu'à la disparition complète sur le tampon de coton de cette odeur spéciale, *sui generis* appelée *phosphatique*, qui provient des résidus des détritus cariés.

Un autre mode de traitement qui peut agir efficacement, c'est l'application de la gutta-percha dissoute dans le chloroforme et additionnée de tannin. Ce dernier, par son action astringente, arrête l'écoulement purulent et la gutta conserve le contact prolongé du tannin dans la pulpe, en mettant cette dernière à l'abri des agents thermiques, chimiques et bactériologiques. D'après d'autres auteurs, l'acide phénique et le thymol conviendraient mieux ; toutefois en employant indifféremment l'une ou l'autre méthode il a été établi ce précepte thérapeutique que l'une d'elles une fois adoptée, il faut la suivre seule, car l'alternance de l'une et de l'autre aurait des résultats trompeurs. Pour ce traitement il est besoin de 15 à 20 jours. Exceptionnellement il y a des cas dans lesquels la guérison est rebelle à tout mode de traitement ; dans ces cas il est nécessaire de recourir à l'extraction de la dent si l'on veut mettre fin aux souffrances du malade.

De l'obturation de la cavité.

Le complément indispensable de la thérapeutique de la carie des trois degrés, c'est le chapitre de l'obturation. Nous en parlerons brièvement parce que si nous voulions nous arrêter à tous les détails des indications qui s'y rattachent, nous courrions le risque de répéter des choses trop connues dans tous les traités d'odontologie.

Il ne faut pas croire que l'obturation consiste simplement à comprimer un amalgame dans une cavité dentaire donnée et que cette manipulation doive être très facile. Ainsi, pour réussir une bonne obturation à l'or en feuilles adhésif ou non adhésif, à l'or cristallisé ou spongieux, il existe des règles spéciales indispensables pour la technique et des expériences répétées à faire dans le laboratoire avant d'arriver à l'obturation sur le vivant. Nous rappelons volontiers qu'il existe aujourd'hui au-delà des Alpes des dentistes qui pratiquent exclusivement l'aurification seule et, indépendamment de ce qu'ils satisfont les demandes de leur clientèle, ils en tirent un large profit. En thèse générale, on admet que pour obtenir une bonne obturation deux choses sont indispensables préalablement à celle-ci : 1° la résection du tissu désorganisé ; 2° la préparation de la cavité qui doit recevoir la matière obturatrice. Etant donné qu'il est démontré de recourir à l'aurification, on aura le plus grand soin d'enlever partout l'ivoire ramolli ; si l'on négligeait cette première prescription, on échouerait complètement en voulant condenser l'or sur un fond uni et peu résistant, c'est-à-dire qu'on ne pourrait obtenir l'adhésivité du métal sur les parois de la cavité et, outre que la préparation tomberait bientôt, la défiance envers le praticien augmenterait encore.

(*Giornale di Corrispondenza pei Dentisti.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

RÉFLEXIONS SUR L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE EN FRANCE

PRÉSENTÉES PAR

La Commission de réglementation de l'Ecole dentaire de Paris avec approbation du Conseil de Direction

A MM. les Membres du Conseil supérieur de l'Instruction Publique.

Rapporteur : M. E. SAUVEZ.

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, membre du Conseil de Direction.

MONSIEUR,

Vous serez d'ici peu appelé à donner votre avis sur la façon dont se fera l'enseignement de l'art dentaire en France.

Aussi nous a-t-il paru bon, pour vous éclairer dans cette question, de vous soumettre quelques réflexions qui représentent les idées d'un groupe professionnel considérable « la Société de l'Ecole dentaire de Paris », idées d'ailleurs approuvées par le Président de « l'Association générale des dentistes de France ».

Le but que poursuit avant tout ce groupe est de sauvegarder l'enseignement pratique de l'art dentaire dans notre pays.

I. Dans la profession de dentiste il y a deux parties distinctes : une partie pratique, une partie théorique ; il est donc nécessaire que l'enseignement soit non seulement théorique, mais pratique, d'autant plus qu'il est indiscutable que la partie pratique est de beaucoup la plus importante au point de vue professionnel.

Deux faits indéniables le prouvent :

1° Les étrangers, et surtout les Américains, ont eu pendant si longtemps la vogue à Paris, précisément parce que, dans leur pays, l'enseignement pratique est fait avec soin, et que les dentistes américains sont, en général, il faut le dire, de bons opérateurs ; ce n'est pas qu'il n'y eût pas, à vrai dire, à ce moment de bons opérateurs en France, mais le niveau était trop variable chez les dentistes français pour soutenir la comparaison avec un niveau plus élevé en moyenne ;

2° Depuis la création de l'Ecole dentaire, la plupart des diplômés qui en sont sortis ont acquis rapidement une situation brillante, soit à Paris, soit en province, précisément parce que l'enseignement qu'on leur avait donné à l'Ecole est surtout pratique.

Enfin, il suffit d'avoir une notion élémentaire de l'art dentaire pour comprendre que les soins si minutieux des canaux dentaires, les aurifications, les obturations, la prothèse en général (c'est-à-dire non seulement les dents artificielles, mais la prothèse des maxillaires), les extractions mêmes demandent une dextérité, une

habileté que peut donner seul un enseignement pratique sérieux de plusieurs années.

Il n'est pas suffisant en effet, pour être un bon praticien, de savoir ce qu'il faut faire ; autre chose est de savoir le faire, et il est préférable de ne pas obturer une dent plutôt que de l'obturer incomplètement, ou sans l'avoir soignée comme il le faut.

De même, au point de vue de la prothèse, un appareil mal fait ne peut assurer une mastication suffisante, et est inutile, sinon nuisible.

II. Ce premier point étant admis, voyons comment on peut logiquement réaliser un bon enseignement pratique.

Dans la profession, deux camps sont en quelque sorte bien séparés ; d'une part, les docteurs en médecine exerçant l'art dentaire, d'autre part les dentistes à proprement parler.

Parmi les docteurs en médecine exerçant l'art dentaire, il en est certains qui ont fait des études techniques spéciales ou qui ont acquis une expérience de longues années ; ceux-là sont vraiment des praticiens, mais il en est d'autres qui n'ont jamais passé par cette éducation pratique, et qui se sont improvisés dentistes au lendemain de leur thèse. Pour ces derniers, ainsi que le disait à une de nos séances d'inauguration M. le professeur Trélat, « faute de connaissances techniques, ils ne peuvent être que des praticiens incomplets ».

Et d'ailleurs, peut-on croire qu'il soit bien facile, sauf quelques exceptions, comme on en rencontre toujours, d'acquérir ce tour de main, si nécessaire dans notre profession, quand on commence à pratiquer à 25 ans au moins, c'est-à-dire à l'âge où l'on arrive au plus tôt au grade du doctorat ? Nous affirmons que non. Il faut, en général, être rompu de bonne heure aux travaux manuels pour acquérir de l'adresse et de la dextérité, il faut une sorte d'apprentissage, comme dans tous les métiers demandant de l'adresse (bijouterie, mécanique de précision, etc.), un entraînement, en quelque sorte, comme dans les exercices physiques.

Cette condition, d'avoir commencé jeune à se servir de ses mains, ne se trouvera donc la plupart du temps que chez ceux qui, comme beaucoup de dentistes, ont passé par un long apprentissage.

III. Ce second point étant supposé démontré, sans plus grande argumentation, non parce que nous manquons de preuves, mais parce que nous ne voulons pas abuser de vos instants, où trouvera-t-on des dentistes réunissant les conditions d'expérience, d'honorabilité, de savoir pratique qui sont nécessaires pour leur confier ce rôle de l'enseignement ? Il en est actuellement de tout indiqués.

Ce sont les membres d'une école, qui ont été d'ailleurs nommés au concours, en un mot qui ont été reconnus par leurs confrères comme réunissant ces conditions. Depuis douze ans, grâce à un perfectionnement constant et grâce à tous les conseils accueillis de toutes les sources, aussi bien de France que de l'étranger, ils semblent devoir s'être rapprochés de plus en plus de l'idéal à ce point de vue.

IV. Un autre point qui mérite discussion est le suivant : Est-il né-

cessaire qu'il y ait une école dentaire, un centre d'instruction ou bien peut-on laisser l'enseignement se disperser de tous côtés, dans des services spéciaux annexés aux hôpitaux, par exemple? Il nous semble indiscutable que les élèves ne pourront trouver un grand nombre de cas curieux, intéressants que s'il existe un centre ou quelques-uns à la rigueur où ils puissent recueillir, examiner et traiter les malades adressés de divers côtés. Ce n'est en effet qu'en ayant beaucoup vu qu'ils pourront avoir beaucoup retenu.

On ne peut même pas, en raisonnant logiquement, admettre la possibilité d'un nombre trop considérable de ces centres d'instruction, car il naîtrait infailliblement de cet état de choses une sorte de concurrence commerciale qui serait au grand détriment de l'enseignement.

Et, d'ailleurs, est-il bien nécessaire de s'efforcer de prouver la nécessité de ce centre? Le succès de l'Ecole dentaire de Paris ne prouve-t-il pas qu'elle répond à un besoin? Depuis sa fondation, qui date de douze ans, non seulement des élèves français et étrangers, mais des praticiens établis depuis longtemps et même des docteurs en médecine, sont venus y puiser des connaissances qu'ils pensaient bien ne pouvoir recueillir que dans un centre.

V. Est-il besoin d'en créer un autre? Nous ne le pensons pas, puisqu'il existe actuellement et a déjà fait ses preuves. L'Ecole dentaire de Paris est d'ailleurs reconnue d'utilité publique ; elle fonctionne parfaitement, avec un budget de 50.000 francs, un matériel très complet, qui s'est sans cesse augmenté depuis le début, plus de cent élèves, une bibliothèque importante, un musée déjà considérable. Il vient chez nous de 20 à 25.000 malades par an, et la ville de Paris, reconnaissante, nous accorde une subvention. Tant d'efforts auraient-ils été inutiles? Tant de services rendus seraient-ils si vite oubliés? Et laisserait-on de côté une organisation qui est créée de toutes pièces, pour s'efforcer d'établir *à grands frais* quelque chose d'analogue? D'ailleurs, M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, a dit lui-même à la tribune de la Chambre, que « l'organisation de l'enseignement était très simple à constituer, et qu'on en avait les éléments dans les écoles dentaires ».

Tous ceux qui sont venus nous encourager, toutes les notabilités scientifiques et politiques qui sont venues honorer de leur présence nos séances d'inauguration, MM. Trélat, Verneuil, Paul Bert, Brisson, Liard, Brouardel, etc., ont pu constater la prospérité, la vitalité de l'institution que M. Liard, il nous en souvient, expliquait en disant qu' « elle avait eu pour promoteurs, pour directeurs, » pour patrons, des hommes uniquement soucieux de l'intérêt » général, et qui l'ont servie avec courage, dévouement et persévé- » rance ».

VI. L'enseignement théorique n'est pas négligé non plus. Il est donné pour la plus grande partie par des professeurs faisant ces cours depuis de longues années, rompus à cet enseignement spécial et présentant toutes les garanties désirables. Presque tous sont docteurs en médecine et même ex-internes des hôpitaux. Récemment,

notre corps enseignant s'est enrichi d'une nouvelle et brillante recrue, M. le docteur Sébileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, qui est venu nous apporter, avec l'autorisation de M. le Doyen, l'appui de sa parole claire, pénétrante et savante.

Au sujet de cet enseignement théorique, il nous semble logique de faire en quelque sorte un partage équitable entre la partie médicale et la partie dentaire, en laissant la première aux médecins, la seconde aux dentistes.

Pour tous ces postes, tant pratiques que théoriques, la voie des concours permettra toujours d'avoir un recrutement parfait, à moins que, à la suite de vacances dans nos chaires d'enseignement médical général, on ne nous donne comme professeurs des agrégés de la Faculté, par exemple, comme on a bien voulu le faire récemment, sur notre demande.

VII. Reste la question des mesures transitoires. Il est nécessaire qu'aussitôt après l'entrée en vigueur de la loi, le public puisse trouver un nombre suffisant de dentistes diplômés, pour les extractions sans douleur, par exemple. C'est en quelque sorte une question d'intérêt public.

De plus, la création d'un titre officiel amènera forcément une diminution de considération pour les anciens dentistes, leur fera un tort moral et matériel considérable ; la loi aura pour ainsi dire à ce point de vue un effet rétroactif.

Donc, sous le rapport de l'intérêt général, comme sous le rapport du tort créé par le nouveau diplôme à toute une classe de citoyens, il semble déjà rationnel de ne pas exiger des anciens dentistes un examen trop difficile, étant donné surtout que la plupart ont depuis bien longtemps déjà quitté les bancs de l'école.

D'ailleurs, quelle sera légalement la différence entre un dentiste diplômé par l'Etat et un dentiste patenté avant la loi, autorisé, toléré, l'on pourrait dire ? L'un pourra faire l'anesthésie. L'autre, non. Il nous semble donc logique, surtout pour ceux qui sont déjà diplômés d'une école spéciale, de ne leur demander qu'un examen sur l'anesthésie.

Nous appelons en même temps l'attention sur un groupe important de jeunes gens, et même d'hommes d'un âge déjà avancé, qui sont employés comme opérateurs ou comme mécaniciens chez des patrons, et qui n'ont par conséquent pas de patente.

Est-il juste de les considérer comme quantité négligeable, et ne devrait-on pas, puisqu'ils peuvent prouver qu'ils sont dans la profession depuis un certain laps de temps, leur faciliter la tâche, en n'exigeant pas d'eux, par exemple, un examen préalable pour passer l'examen d'état, pendant une durée fixée? De même pour les élèves actuels, dont quelques-uns sont dans la profession depuis plusieurs années.

Les conditions d'entrée dans la profession sont aussi importantes à déterminer, car il faut assurer le recrutement des dentistes. Si l'on place à l'entrée un examen trop difficile, nous craignons que le recrutement ne s'en ressente ; aussi nous semble-t-il préférable de

s'en tenir à un examen analogue comme niveau à celui que nous demandons, examen dont seraient dispensés les jeunes gens possédant tel ou tel diplôme officiel d'un niveau au moins équivalent.

Nous regrettons de n'avoir pu condenser davantage ces quelques idées que nous soumettons à vos réflexions, mais il était nécessaire de les exposer suffisamment pour vous montrer que nous ne défendons pas ici une cause particulière, mais que ce que nous demandons n'est qu'une conclusion de raisonnements logiques, et que nous avons en vue avant tout l'intérêt de notre profession.

Nous n'avons pas jeté les yeux sur ce qui existe à l'étranger et cependant nous aurions pu trouver dans les diverses réglementations étrangères de bons arguments pour la cause que nous plaidons. Nous ne vous avons présenté que des idées, et nous vous demandons de les appuyer, car nous sommes bien convaincus, comme nous le disait à une séance d'inauguration de nos cours M. le professeur Brouardel, « que, dans ce bon pays de France, dont on » dit tant de mal, on trouve toujours des bonnes volontés, quand » on sert une idée juste, une cause généreuse ».

RÉPONSE A LA PÉTITION DE LA SOCIÉTÉ DES DENTISTES DU SUD-OUEST

La Société des dentistes du Sud-Ouest a cru de son devoir d'adresser à MM. les membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique une pétition tant en son nom propre qu'au nom de tous les dentistes.

En son nom propre, c'est naturel, mais il nous paraît exagéré de la part de ce groupe professionnel tout à fait restreint d'annoncer qu'il va parler au nom de tous les dentistes.

La Société de l'Ecole dentaire de Paris et l'Association générale des dentistes de France ont exposé récemment leurs idées sur l'organisation de l'art dentaire, mais elle n'ont pas cru devoir parler au nom de tous les dentistes, quoiqu'elles forment le groupe le plus ancien, le plus nombreux et qu'elles comptent un nombre de membres de province beaucoup plus considérable que la petite Société dont il s'agit.

Ce point étant signalé, voyons quel est le système proposé par les dentistes qui ont signé la pétition en question. Ce système présenterait trois avantages qu'il est effectivement très utile de chercher à obtenir et nous sommes les premiers à le reconnaître :

1° Il ne créerait pas de nouveaux frais à l'Etat ;

2° Il donnerait satisfaction aux Ecoles et Facultés de province, qui ont précisément perdu une partie de leurs ressources par la suppression de l'officiat de santé ;

3° Il n'obligerait pas les élèves non fortunés à venir à Paris pour l'obtention du diplôme légal.

Voyons si le moyen proposé répond effectivement à ces trois indications et réalise en même temps un bon enseignement de l'art dentaire. Cet enseignement est théorique et pratique. Pour l'ensei-

gnement théorique, la pétition susdite propose de le faire à la Faculté ou à l'Ecole de la ville de province. Cela est-il possible?

L'enseignement théorique de l'art dentaire comprend deux parties distinctes: une partie médicale générale (anatomie, pathologie, etc.) et une partie technique, c'est-à-dire l'enseignement théorique de l'anatomie dentaire, de la pathologie dentaire, de la thérapeutique dentaire et de la prothèse dentaire.

Pour la première partie (enseignement médical en général), rien ne serait plus facile à faire, les élèves dentistes suivraient certains cours comme les élèves en médecine.

Pour la seconde partie (enseignement technique), la difficulté commence.

Ou bien on laisserait à un des professeurs actuels des Facultés ou Ecole de province, ou à un de leurs suppléants, le soin d'enseigner ces matières *absolument inconnues* pour eux, et de toute façon ce nouveau travail semble réclamer un nouveau salaire et par conséquent crée de nouveaux frais pour l'Etat.

Ou bien l'on nommerait un agrégé spécial d'odontologie qui enseignerait ces matières. Il faudrait donc qu'il y eût un agrégé dans chaque Faculté même, un professeur dans chaque Ecole secondaire de province pour remplir cette fonction. Outre qu'il est impossible de créer tous ces professeurs d'ici à l'entrée en vigueur de la loi, on ne pourrait pas non plus le faire sans nouveaux frais pour l'Etat.

Pour l'enseignement pratique, la Société du Sud-Ouest propose un stage chez un dentiste.

Il est malheureux qu'on soit forcé de refaire à nouveau le procès du stage. D'ailleurs ce stage ne peut pas exister logiquement puisqu'il faudrait admettre qu'on reconnaît à des dentistes quelconques, peu importe lesquels, pourvu qu'ils soient patentés avant le 1er janvier 1892, le droit de donner des certificats constatant qu'un élève dentiste a suffisamment fait de pratique.

La pétition des dentistes du Sud-Ouest tend à faire croire qu'il y a dans ce projet de stage quelque chose d'analogue à ce qui existe pour l'enseignement de la pharmacie.

Cela est absolument faux; l'élève en pharmacie apprend la partie pratique chez des pharmaciens diplômés, tandis que l'élève dentiste apprendrait sa pratique chez un dentiste quelconque qui peut être non diplômé lui-même.

D'ailleurs le stage, même soigneusement contrôlé, est insuffisant; il est nécessaire qu'on en soit bien persuadé. Pour la prothèse peut-être, la chose serait-elle encore possible et encore, mais pour la dentisterie opératoire, la clinique, cela est absolument impossible.

Quoi qu'en dise la Société du Sud-Ouest, l'Ecole dentaire de Paris ne demande pas à ce qu'on lui attribue le monopole de l'enseignement de l'art dentaire, elle sait très bien que l'idéal à chercher serait de pouvoir avoir un enseignement pratique bien fait dans les principales villes de province, pour ne pas obliger les élèves non fortunés à venir à Paris et leur faciliter l'obtention du diplôme légal.

Elle croit que l'enseignement dentaire ne peut être fait que dans

une école où les élèves peuvent trouver un grand nombre de cas divers et où ils peuvent apprécier par eux-mêmes les systèmes de thérapeutique appliqués par leurs divers professeurs.

Elle n'est pas seule à le croire et M. le Dr Magitot pense de la même façon, quoiqu'il ait prouvé récemment qu'il n'est pas grand ami des écoles dentaires actuelles ; nous ne croyons donc pas qu'il soit nécessaire de développer plus longuement cette argumentation.

Nous serons les premiers à saluer les écoles qui se créeront dans les diverses villes de province, comme nous avons salué la formation du groupe du Sud-Ouest il y a 3 ans, mais jusqu'ici ce groupe n'a encore rien créé comme enseignement et l'Etat ne peut guère le charger d'un rôle qu'il n'a pas prouvé pouvoir remplir

Donc, pour résumer, le système proposé par les dentists du Sud-Ouest qui tend à conclure pour le stage, ne répond pas aux avantages annoncés par la pétition et en même temps à un enseignement dentaire pratique fait d'une façon suffisante.

En conséquence, nous estimons qu'il n'y a pas à tenir compte des idées émises par ce groupe très restreint, comme nous l'avons déjà dit, et nous engageons les membres de la Société de l'Ecole et de l'Association générale des dentistes de France à ne pas signer leur pétition.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Depuis quelques années nos confrères ont pu s'apercevoir par l'augmentation successive de leur patente qu'ils étaient taillables et corvéables à merci. Si l'on se montre toujours chiche d'honneurs à leur égard, en revanche, leur bourse est souvent mise à contribution, sans calembour, comme on va le voir La Chambre des députés, toujours pleine d'attention pour notre corporation, avait voté l'augmentation de notre patente en portant le droit fixe du 15e au 12e. A la Commission sénatoriale des finances, M. le sénateur Cornil est intervenu et a réussi à faire repousser ce projet. Une fois de plus, nous adressons nos remerciements, au nom de nos confrères, à l'honorable et savant sénateur.

CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO

La lettre suivante a été adressée à M. Barrié, l'un des délégués de l'École dentaire de Paris à ce congrès, qui s'était enquis de la dernière limite pour l'envoi des communications.

Philadelphie, 25 mars 1893.

Monsieur,

J'ai reçu votre honorée du 12 de ce mois relative à la date à laquelle nous aurons sans faute la liste des communications à présenter au Congrès dentaire, qui se tiendra à Chicago du 14 au 19 août 1893. Dans les statuts du Congrès qui ont été publiés je trouve la clause suivante :

« Les communications destinées à être lues au Congrès devront être entre les mains de la Commission de l'impression des comptes rendus trois mois au moins avant la date de l'ouverture du Congrès et leur lec-

ture ne devra pas durer plus de 45 minutes. Ladite Commission a plein pouvoir pour accepter ou refuser les communications, pour les reviser ou les faire reviser par leurs auteurs et pour publier ou non dans les comptes rendus tout ou partie ou des résumés de celles-ci. »

D'après cette clause, le 14 mai serait le terme de réception des communications. J'ajoute toutefois, mais ce n'est là que mon opinion personnelle et non point une décision officielle, que cette limite pourrait être reculée de 30 jours au moins. Le motif qui a fait adopter la règle précitée provient du désir de la Commission de préparer avec grand soin tous les travaux écrits qui seront soumis au Congrès et d'annoncer à la profession les titres et l'objet de ces travaux assez longtemps à l'avance avant la tenue du Congrès pour permettre aux membres de la profession de préparer la discussion qu'ils voudront présenter quand les communications seront lues.

J'ajoute, au nom de la Commission des essais (*Essay Committee*), que celle-ci désire que chaque auteur fasse, sous forme de sommaire, un résumé de son travail qu'il joindra à ce dernier et qui pourra être adressé à une liste choisie de dentistes spécialement intéressés par la question examinée, de façon à ce que des discussions intelligentes et complètes aient lieu à propos de chaque communication. C'est dans ce but que nous désirons avoir ces communications entre les mains avec leurs sommaires aussitôt que possible. Le prompt envoi de celles-ci facilitera largement la tâche de la Commission des essais et celle de la Commission de l'impression des comptes rendus et assurera en même temps une place convenable sur le programme aux auteurs dont les communications seront reçues les premières.

La Commission est extrêmement heureuse de l'empressement que témoignent nos confrères de France pour la réussite du Congrès. L'impression actuelle est que le Congrès dentaire de l'exposition de Chicago se fera remarquer à un haut degré par le caractère élevé du travail scientifique, et l'enthousiasme que montrent des hommes éminents dans le monde entier cause une vive satisfaction à ceux qui sont chargés de sa direction.

Veuillez assurer vos collègues que ce que la dentisterie américaine peut offrir de mieux sera librement à la disposition de tous ceux de nos collègues étrangers qui ont l'intention de nous honorer de leur présence au mois d'août.

En vous exprimant l'assurance de ma haute estime, et dans l'espoir d'apprendre de vous les titres des travaux que vos collègues désirent présenter, je suis votre bien dévoué.

Edouard C. Kirk,

Président de la Commission des essais du Congrès dentaire de l'Exposition universelle de Chicago.

La Commission des expositions du congrès dentaire de Chicago désire rassembler des spécimens rares de tumeurs, d'anomalies, de moulages, de reproductions de méthodes, d'instruments et d'appareils, anciens et modernes, permettant de suivre le développement de la profession depuis ses débuts jusqu'à nos jours. Elle désire également exposer une bibliothèque, un cabinet d'opérations et un laboratoire. Elle fait appel dans ce but à tous les membres de la profession, aux fournisseurs pour dentistes et aux éditeurs de journaux dentaires, pour lui prêter tous spécimens, instruments, appareils, livres, pho-

tographies ou portraits de sociétés et d'hommes éminents de tous pays ainsi que tout ce qui peut présenter de l'intérêt aux dentistes des diverses parties du monde. Elle prend à sa charge tous les frais de transport à Chicago, aller et retour, des objets prêtés et les fera assurer, si on le désire, pendant la durée de l'exposition.

Adresser toutes communications au Dr A. W. Mac Candless, secrétaire, 1001, Masonic Temple, Chicago, Illinois.

XIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Nous avons reçu la lettre suivante que nous nous empressons de publier :

Milan, 4 avril 1893.

Très honoré Monsieur,

Je ne doute point que vous ne sachiez que le 24 septembre prochain se tiendra, à Rome, le XIe Congrès international des sciences médicales, auquel a été annexée une section dentaire, la 13e. C'est la première fois en Italie que cette spécialité est considérée comme une science par une assemblée de savants médecins ; aussi les dentistes italiens tiennent-ils en cette solennelle circonstance à la présence des meilleurs praticiens de leur pays et de l'étranger.

C'est pourquoi je vous prie de vouloir bien accepter l'invitation que je vous adresse, au nom du comité central d'organisation, de prendre part à ce congrès, invitation qui s'étend également aux membres de l'Ecole et Dispensaire dentaires de Paris, à la Société d'Odontologie de Paris, à la Chambre syndicale, à l'Association générale des dentistes de France, et aux diverses associations dentaires de ce pays dont je ne connais point l'existence, en vous demandant d'insérer un mot à ce sujet dans l'*Odontologie*, organe de l'Association.

Veuillez, etc.,

Dr A. Coulliaux,
Président provisoire de la XIIIe section du XIe Congrès international des sciences médicales,
2, Via Tomaso Grossi.

C'est avec le plus grand plaisir que nous recevons et que nous acceptons cette invitation qui sera le signal d'une évolution nouvelle dans l'histoire de l'art dentaire. Jusqu'ici, en effet, la dentisterie a toujours été à l'écart des divers congrès internationaux et, pour la première fois, elle est appelée à y figurer. Nos confrères d'Italie, auxquels nous adressons à cette occasion tous nos remercîments, et en particulier à M. le Dr Coulliaux pour son aimable appel, se sont efforcés de rompre avec cette habitude que rien n'expliquait et ont été assez heureux pour réussir. Il faut les en féliciter sincèrement.

Peut-être la visite que M. le Dr Bargnoni, président de la Société odontologique de Rome et correspondant de l'*Odontologie*, a faite à l'Ecole dentaire de Paris, en septembre dernier, n'est-elle pas étrangère à ce succès. Quoi qu'il en soit, il nous reste maintenant à montrer que nous sommes dignes de paraître avec honneur dans ces grandes assises où seront maintenant représentées toutes les branches de l'art de guérir.

Nous sommes persuadés que nos confrères répondront avec em-

pressement à cet appel et que le Congrès de Chicago ne nuira pas à l'éclat de celui de Rome. Nous ajoutons que le Conseil de Direction a décidé, dans sa séance du 14 avril, que l'Ecole dentaire de Paris prendrait part à ce dernier.

EXPOSITION INTERNATIONALE DU PROGRÈS

La Société nationale des Sciences et des Arts industriels pour le perfectionnement et le développement de l'Industrie organise une *Exposition Internationale du progrès* qui aura lieu au Palais de l'Industrie de juillet à décembre prochain.

Le programme qui nous a été communiqué par la Société indique, dans le 14e groupe (classe 33), qui comprend l'hygiène, la médecine et la chirurgie, qu'une place est réservée à *l'art dentaire* et dans la classe 35, même groupe, parmi les articles de pharmacie et de parfumerie, *les dentifrices*.

La Chambre syndicale des dentistes de France s'empresse d'appeler l'attention de nos fournisseurs sur cette exposition qui permettra de montrer les progrès réalisés dans notre profession ainsi que le perfectionnement et la qualité des divers instruments en usage chez nos praticiens. La classe 35, dans laquelle figurent *les dentifrices*, offre également un vaste champ aux fabricants de ces nombreux produits. Les soins de la bouche occupent une place trop importante dans l'hygiène pour que ceux-ci ne reconnaissent pas l'utilité qu'il y a, pour eux, à participer à cette exposition.

Les récompenses attribuées par les jurys consisteront en :

1° Diplômes d'honneur;
2° — de médaille d'or;
3° — de médaille de vermeil;
4° — de médaille d'argent;
5° — de médaille de bronze;
6° — de mention honorable.

Indépendamment de ces récompenses il pourra être attribue un diplôme *de grand prix de progrès*, dans chaque classe, pour celui des exposants qui sera considéré comme ayant réalisé le plus de progrès.

La Chambre syndicale des dentistes de France se met à la disposition de tous ses membres et correspondants, pour fournir tous les renseignements dont pourraient avoir besoin ceux qui désireront prendre part à cette exposition.

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

Assemblée générale extraordinaire du mardi 27 décembre 1892.

Présidence de M. Poinsot, président.

(Extrait du procès-verbal.)

La séance est ouverte à 9 heures.

43 membres sont présents.

M. Martinier, secrétaire des séances, donne lecture du procès-verbal

de la dernière réunion et d'une demande de modifications à celui-ci envoyée par *M. Godon.*

Le procès-verbal ainsi modifié est adopté.

M. Tusseau, secrétaire général, fait remarquer que la circulaire jointe au règlement intérieur contient une erreur de rédaction dont il revendique toute la responsabilité. Il donne ensuite lecture de la correspondance.

L'ordre du jour appelle la discussion du règlement intérieur.

M. Roy réclame une discussion générale.

M. Touchard la combat.

M. Dubois la trouve nécessaire en raison de la longueur du règlement et estime qu'on pouvait se dispenser de lire le procès-verbal puisqu'on avait eu soin d'envoyer aux membres qui avaient parlé à la dernière assemblée générale la copie de ce qu'ils avaient dit.

M. Poinsot regrette que cette remarque n'ait pas été faite plus tôt.

M. Gillard regrette également que les membres ayant des observations à présenter ne l'aient pas fait pas écrit, comme on le leur demandait.

M. Roy répond que le projet est parvenu trop peu de temps avant la séance.

M. Tusseau fait remarquer que le délai a été de plus de 4 jours.

La discussion générale est ouverte.

M. Roy trouve le règlement mal conçu et dépourvu d'ordre ; il contient des heures de cours, des programmes ; en revanche un grand nombre de choses utiles n'y sont point. On a pourtant mis assez longtemps à l'élaborer.

M. Tusseau ne s'étonne pas de ces critiques. Pourtant le travail a été étudié. C'est à l'assemblée de dire si elle le trouve mauvais. L'ancien Conseil en 12 ans n'avait pas trouvé moyen d'en préparer un.

M. Dubois répond que l'ancien Conseil ne le pouvait pas parce qu'il attendait la reconnaissance d'utilité publique. Le nouveau avait, au contraire, une base pour asseoir son projet ; il aurait dû, par exemple, régler les contestations entre les membres. Au lieu de cela, il a découpé les anciens règlements ; il a introduit dans leurs dispositions les règles imposées aux élèves, des programmes, c'est-à-dire des matières susceptibles de changements et de modifications. Or pour ces changements et modifications on devra dorénavant, en mettant ces matières dans le règlement, passer par l'assemblée générale. Il faut donc s'attendre à des critiques.

M. Touchard fait observer que c'est à dessein qu'on s'est servi de l'ancien règlement préparé en vue de la reconnaissance.

M. Roy ne prétend pas que le projet soit mauvais ; il le trouve simplement mal conçu et sans ordre.

M. Dubois s'étonne qu'on soumette des programmes à l'assemblée générale.

M. Loup estime que les statuts ne doivent rien contenir qui soit sujet à modification.

M. Tusseau fait observer qu'il n'a rien été changé à ce qui touche à l'enseignement.

Le passage à la discussion des articles est prononcé.

M. Tusseau donne lecture des divers articles successivement.

Les art. 1 à 9 sont adoptés, ainsi que les art. 11 à 14, l'art 10 ayant été supprimé par le Conseil.

Sur l'art. 15 relatif à la comptabilité, *M. Roy* demande l'adjonction du grand livre. Cette proposition est repoussée et l'art. est adopté, ainsi que les art. 16 à 19.

M. Dubois trouve des contradictions dans l'art. 20. Il demande la suppression de la première phrase.

M. Gillard la combat.

M. Dubois insiste.

Son amendement est repoussé et l'art. est adopté.

M. Dubois trouve inutile l'art. 21 qui indique la façon dont les votes sont émis ; il en demande la suppression.

M. Tusseau n'est pas de cet avis.

M. Touchard remarque que les observations de M. Dubois n'ont guère de rapport avec le fonctionnement de la société.

La proposition de M. Dubois est repoussée et l'art. adopté.

M. Dubois trouve également inutile l'art. 22 relatif au caractère privé des séances du Conseil.

M. Poinsot n'est pas de cette opinion.

L'art. 22 est adopté, ainsi que les art. 23 à 25.

M. Dubois juge oiseux l'art. 26. Cet art. est adopté ainsi que l'art. 27.

Il demande également la suppression de l'art. 28 qui n'est pas prononcée. Les art. 28 à 30 sont adoptés.

Il demande de même la suppression de l'art. 31.

M. Touchard la combat.

L'article est adopté ainsi que les art. 32 à 36.

M. Dubois et *M. Roy* trouvent la rédaction de l'art. 37 amphibologique.

Cet article est adopté ainsi que les art. 38 à 41.

Au sujet de l'art. 42, *M. Dubois* demande la constitution d'un *Conseil d'enseignement*, appelé à examiner les nominations, à titre consultatif, le Conseil de direction jugeant en dernier ressort. Il propose à cet égard l'amendement suivant :

Le conseil d'enseignement est composé de tous les professeurs et professeurs suppléants auxquels il est adjoint deux représentants du Conseil d'administration. Il examine les programmes des cours et des concours et dresse une liste de candidats pouvant être nommés démonstrateurs. Les propositions de blâme et toute peine disciplinaire contre un membre du corps enseignant doivent lui être communiquées et il formule un avis consultatif.

M. Poinsot fait observer que cette proposition a déjà été formulée autrefois et écartée à cause du danger de créer un petit Etat dans un grand. L'argument a la même valeur qu'alors. Le moment n'est pas opportun en raison de l'organisation prochaine de l'enseignement. Il propose le rejet de l'amendement.

M. Dubois réplique qu'il n'est point préoccupé d'une pensée d'opposition, mais que cette création donnerait une meilleure position à l'École en face du Gouvernement.

M. Touchard appuie les observations de M. Poinsot et demande le renvoi de la proposition à une commission spéciale.

M. Tusseau ne juge pas nécessaire ce conseil d'enseignement puisqu'il y a déjà une commission d'enseignement et le Conseil de direction qui comprend la plupart des professeurs.

M. Roy fait remarquer qu'il se peut que le Conseil n'en contienne aucun.

Le renvoi au Conseil de la proposition de M. Dubois est prononcé. L'art. 42 est adopté, ainsi que les art. 43 à 46.

Sur l'art. 47 *M. Dubois* demande ce qu'on a fait pour assurer des soins aux indigents.

Un échange de courtes observations a lieu à cet égard entre *MM. Dubois, Gillard, Tusseau, Poinsot* et *Roy*, après lequel l'art. 47 est adopté.

La suppression de l'art. 48, demandée par *M. Dubois*, n'est pas prononcée. L'article est adopté ainsi que les nos 49 et 50.

Celle de l'art. 51 est également demandée par *M. Roy*, mais n'est pas prononcée. L'article est adopté.

M. Dubois réclame la suppression des art. 52, 53, 54 et 55 qui sont adoptés, ainsi que l'art 56.

M. Tusseau fait observer qu'il n'a été apporté aucune modification au titre VII.

M. Dubois en demande le renvoi au Conseil.

M. Touchard répond que ce titre a été inséré en entier afin de ne pas tout laisser au bon vouloir du Conseil.

M. Roy réclame seulement la suppression du programme des cours.

Cette proposition est repoussée.

Le titre VII est adopté en entier.

M. Tusseau fait connaître que les art. 108, 109 et 110 ont été modifiés par le Conseil.

Le premier est adopté.

M. Roy propose à l'art. 109 un amendement ainsi conçu : *Une dispense d'âge pourra être accordée aux candidats qui en feront la demande, après délibération du Conseil de direction*, qui est adopté, ainsi que l'art. 109.

Sur l'art. 110 *M. Dubois* propose l'amendement suivant :

Tout candidat au poste de professeur ou professeur suppléant devra être âgé de 30 ans au moins ; s'il est dentiste, il devra avoir obtenu le diplome d'une école dentaire depuis 5 ans au moins ; s'il est diplômé de l'Ecole dentaire de Paris, il devra avoir occupé assidûment pendant plus de trois années le poste de chef de clinique.

M. Poinsot fait observer qu'il faut prévoir des retraites en masse et avoir les moyens de combler les vides ; avec le système proposé la vitalité de l'Ecole pourrait souffrir.

M. Dubois répond que le nombre des candidats ira en augmentant et que, pour faire respecter les nominations, il faut établir des garanties pour le corps enseignant.

M. Frey constate qu'avec la proposition de M. Dubois des candidats au professorat faisant de la dentisterie dans les hôpitaux ne pourront pas occuper de chaire à l'Ecole.

M. Dubois voit avantage à ce que les postes du corps enseignant soient occupés par des dentistes et est d'avis d'accorder des dispositions transitoires aux docteurs pour leur permettre d'y entrer.

Son amendement est adopté ainsi que l'art. 110.

Sur l'art. 111 *M. Dubois* demande l'adjonction des mots *après un concours sur titres*.

M. Tusseau trouve cela superflu.

MM. Touchard et Roy échangent des observations.

L'amendement est adopté, ainsi que l'art. 111.

Sur l'art. 112 *M. Roy* propose le même amendement que pour l'art. 109.

Cet amendement est adopté ainsi que l'art. 112 et les art. 113, 114 et 115.

Dans l'art. 116 *M. Dubois* demande la suppression du mot *transitoirement*.

Cette suppression n'est pas prononcée et l'art. est adopté.

Les art. 117 à 123 sont adoptés.

M. Roy critique l'art. 124, qui est adopté, ainsi que les art. 125, 126 et 127, ce dernier avec une légère modification demandée également par *M. Roy*.

Les art. 128 à 145 sont adoptés. L'art. 146 l'est aussi après une adjonction demandée par *M. Gillard*.

Sur l'art. 147 *M. Roy* fait adopter un amendement ainsi conçu :

Les anciens professeurs pourront, sur la proposition du Conseil de direction, être nommés professeurs honoraires.

L'art. 147 est adopté ainsi que les art. 148 et 149.

M. Tusseau fait observer que l'assemblée n'a pas à discuter le chapitre II relatif à la Société d'Odontologie.

Il se plaint de l'obstruction apportée à la discussion par MM. Dubois et Roy, n'ayant qu'un but, celui d'empêcher de voter le règlement.

M. Dubois estime que c'est là une calomnie.

Le chap. III relatif à la bibliothèque est adopté.

Le chap. IV relatif au musée et le chap. V — dispositions générale — sont adoptés.

L'ensemble du règlement intérieur est mis aux voix et adopté.

M. Poinsot annonce que des démonstrations pratiques auront lieu le dimanche et le lundi de la semaine suivant Pâques.

Sur la proposition de *M. Touchard*, des remercîments sont votés à la commission qui a élaboré le règlement intérieur.

La séance est levée à minuit et demie.

Le secrétaire général,
J. Tusseau.

Nota. — Le compte rendu qui précède n'est qu'un résumé succinct du procès-verbal, lequel est au secrétariat, à la disposition des membres de la Société qui auraient des modifications à y apporter. (Décision du Conseil de direction.)

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE
SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 5 janvier 1893.

Présidence de M. Poinsot.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents: MM. Barrié, Bonnard, Denis, Gillard, Horay, Francis Jean, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Paulme, Sauvez, Viau.

L'ordre du jour de la séance est ainsi fixé :

Procès-verbal. — Correspondance. — Admissions. — Démissions. — Rapport de la commission des examens. — Nominations dans le corps enseignant. — Propositions diverses.

Le procès-verbal de la séance du 20 décembre est adopté.

M. le président donne lecture d'une lettre de M. *Tusseau*, envoyant sa démission de secrétaire général de la Société de l'Ecole et Dispensaire dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France.

Il rend compte des démarches qu'il a faites, au nom du bureau, avec MM. Lemerle et Viau auprès de M. Tusseau. Celui-ci, malgré leur vive insistance, pour le faire revenir sur sa détermination, n'a pas cru devoir changer d'avis.

Il donne ensuite lecture d'une lettre de M. *Klein* adressant sa démission de membre de l'Association générale des dentistes de France.

M. Denis, secrétaire de la commission des examens, fait connaître le résultat des examens d'entrée.

Les élèves dont les noms suivent ont été déclarés admissibles en première année:

David Israëlsohn, Wilbert, Wéber, Poicteau, Troy, Pincvasser.

Sont admissibles en 2e année:

MM. Carle, Mardret, Viers.

Sont admissibles en 3e année:

MM. Vichot, Reinheiner, Païla, Messiano, Dejean.

Le Conseil procède ensuite à l'élection du secrétaire général en remplacement de M. Tusseau, démissionnaire.

Par 13 voix sur 14 et un bulletin blanc, M. Francis Jean est nommé.

M. Francis Jean prie ses collègues de désigner un autre membre que lui pour occuper la fonction de secrétaire général ; il fait remarquer qu'il a décliné, lors de la constitution du bureau, l'honneur d'occuper un poste moins chargé. Il fait valoir en outre que la place de sous-directeur est justement dévolue à M. Gillard, que sa compétence administrative met à même de remplir cette fonction avec distinction.

Sur la proposition de *M. Lemerle*, économe, le Conseil décide qu'il sera mis 400 feuilles d'or à la disposition des professeurs de dentisterie opératoire pour aurifications gratuites.

Une autre proposition de *M. Lemerle*, tendant à faire entrer au prochain Conseil de l'Association générale des dentistes de France cinq membres de province, est également acceptée.

Nominations dans le corps enseignant.

Sont nommés démonstrateurs, MM. Fresnel, d'Almen, Douhet, Salmon, Cecconi.

M. Sauvez, professeur suppléant d'anatomie dentaire, est nommé médecin de service pour le lundi.

M. Viau, trésorier, rend compte au Conseil qu'il a remis à M. Paulme, sous-trésorier chargé de l'Association générale :

1° La somme de 1608 fr. 30, montant de l'encaisse de la Société de Prévoyance, au 30 septembre 1892 ;

2° La somme de 2152 fr. 90, montant de l'encaisse de l'Association générale proprement dite au 30 septembre 1892, lesquelles sommes lui avaient été remises par M. Martinier, trésorier démissionnaire et représentant l'arrêté de ses comptes à cette date

La séance est levée à 11 heures.

Séance du 26 janvier 1893.

Présidence de M. Poinsot.

Sont présents : MM. Barrié, Billebaut, Billet, F. Jean, Löwenthal, Lemerle, Martinier, Paulme, Quincerot, Touchard, Tusseau, Viau.

MM Gillard et Sauvez se font excuser.

L'ordre du jour porte :

Procès-verbal, correspondance, admissions.

Rapports annuels du secrétaire général, du trésorier, du syndicat, du journal.

Modifications aux statuts de l'Association générale.

Propositions diverses.

Le secrétaire général donne lecture des lettres suivantes :

1° De Mme X..., qui, pour des raisons personnelles, demande que son fils soit dispensé de suivre les cours de l'Ecole. Refusé ;

2° De *M. Bohl*, de Béziers, adressant sa démission de membre la Société civile de l'Ecole et de l'Association générale des dentistes de France. Acceptée ;

3° De *M. Hirschberg*, D. E. D. P., demandant son admission comme membre des deux sociétés. Admis ;

4° De *M. Bernard Lehman*, de Laroche-sur-Yon, demandant son admission comme membre des deux sociétés ;

5° De *M. Ridard*, dentiste à Paris, demandant l'arbitrage de la Chambre syndicale ;

6° De *M. Bonnard*, adressant sa démission de membre du Conseil de la Société civile de l'Ecole et de l'Association générale des dentistes.

M. Poinsot rend compte de la démarche personnelle qu'il a faite auprès de M. Bonnard pour le faire revenir sur sa détermination, et regrette de n'avoir pas réussi. Le Conseil délègue MM. Viau et Lemerle pour faire une nouvelle démarche auprès de M. Bonnard.

M. Viau, trésorier, donne lecture de son rapport annuel, approuvé.

M. Lemerle, au nom de la Chambre syndicale, donne lecture du sien.

M. Touchard, au nom du journal l'*Odontologie*, fait de même.

M. F. Jean, secrétaire général, également.

Sur la proposition de MM. *Thomas* et *Viau*, le Conseil vote un crédit d 100 fr. pour indemnité accordée à l'employé, M. Digaud, pour le travail qu'il a fait : classement des archives, réorganisation de la bibliothèque.

M. Viau donne lecture :

1° D'une lettre adressée à M. Poinsot par M. Pinard ;

2° — — — à M. Pinard par M. Viau.

Sur la proposition de M. *Viau*, le Conseil vote un indemnité de 60 fr. à M. Ladrech, comptable, pour vérification de la comptabilité de l'Ecole.

M. le président informe le Conseil de la perte que l'Association générale vient de faire en la personne de M. V. Lecaudey, frère de M. E. Lecaudey.

Il est décidé que M. Poinsot, président du conseil, enverra une lettre de condoléances. Le Conseil charge M. Touchard de déposer, en son nom, une couronne sur la tombe.

M. Touchard demande la nomination d'une commission de réglementation.

M. F. Jean donne lecture du rapport de la commission d'enseignement, concernant la réorganisation du laboratoire de prothèse.

Une discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Tusseau, F. Jean, Martinier, Touchard.

Le proposition est renvoyée au bureau, afin qu'il présente un projet budgétaire.

M. Tusseau informe le Conseil qu'il a déposé au secrétariat de l'Ecole les pièces appartenant aux archives dont il était détenteur.

M. Touchard déclare qu'il abandonne la subvention qu'on lui avait votée pour sa mission en Angleterre.

Séance du 30 *janvier* 1893.

Présidence de M. Gillard.

Sont présents : MM. Lemerle, Quincerot, Horay, Tusseau, Billet, Touchard, Martinier, Löwenthal, Denis, Sauvez, F. Jean.

Excuses de M. Poinsot.

L'ordre du jour est ainsi fixé :

1° Modifications aux statuts de l'Association générale ;

2° Proposition du bureau pour le laboratoire de prothèse.

M. F. Jean, secrétaire général, donne lecture du projet de statuts pour l'Association générale. Le Conseil adopte plusieurs propositions de modification à certains articles ; l'ensemble des statuts est ensuite adopté.

M. F. Jean rend compte des travaux du bureau concernant la réorganisation du laboratoire de prothèse.

Il communique la proposition du bureau qui se résume dans la diminution de l'indemmité accordée au professeur suppléant de prothèse pratique.

Le montant de cette diminution servirait à payer la plus grande partie des appointements du mécanicien attaché au laboratoire.

Une discussion s'engage à laquelle prennent part plusieurs membres et, sur la proposition de *M. Gillard*, la proposition du bureau est renvoyée à la commission d'enseignement.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire général,
Francis Jean.

Le secrétaire des séances,
P. Martinier.

NOUVELLES

Un Congrès médical pan-américain sera tenu à Washington du 5 au 8 septembre 1893. La section dentaire promet d'être bien représentée.

Ce congrès est une émanation de l'Association médicale américaine et, conséquemment, pour en faire partie il faut posséder le titre de D. D. S. ou de M. D. S. ou enfin de M. D.

Le président de la section dentaire est M. H. Fletcher.

D'après le *Dental Kalender*, le nombre des dentistes exerçant en Allemagne au 1er janvier 1893 était de 3509, se décomposant ainsi :

Médecins-dentistes.....................	848
D. D. S. gradués en Amérique...........	147
Diplômés dans d'autres pays............	51
Praticiens-dentistes...................	2463

Un nouveau journal dentaire *A Dentista* paraît à Buda-Pesth en langue hongroise.

Nous lui souhaitons bonne chance.

Nous avons le plaisir d'apprendre la nomination de M. Martial Lagrange, chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris, comme chevalier de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand.

Nous sommes particulièrement heureux de cette distinction bien méritée et nous en exprimons toutes nos félicitations à notre excellent confrère.

COMITÉ DE SOUSCRIPTION

POUR ÉLEVER UN MONUMENT

SUR LA TOMBE DU Dr L. THOMAS

Le comité s'est réuni pour la deuxième fois et, après avoir entendu un rapport du secrétaire et du trésorier, a décidé de commencer les travaux du monument qui sera élevé au cimetière du Père-Lachaise. Ce monument se composera d'une pierre tombale et d'un socle sur lequel sera érigé le buste en bronze, grandeur naturelle, du Dr L. Thomas.

M. Millet de Marsilly, sculpteur, sera chargé de l'exécution.

Si le produit des souscriptions le permet, on fera un deuxième exemplaire du bronze qui serait placé, à l'Ecole dentaire de Paris où les souvenirs du regretté professeur sont demeurés si vibrants. C'est dans ce but que nous adressons un nouvel appel à tous nos amis et à tous les anciens élèves du Dr Thomas qui, en ajoutant leur obole à celles déjà réunies, nous permettront de réaliser ce projet.

Le comité adresse à cette occasion tous ses remercîments aux souscripteurs empressés dont les noms sont publiés ci-après.

Pour le Comité :

Dr E. Lecaudey.

Prière d'adresser le montant des souscriptions en un *mandat-poste,* afin d'éviter les frais de recouvrements, a M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

SOUSCRIPTIONS RECUEILLIES JUSQU'A CE JOUR

1re *Liste.*

MM.		
Dr Blanchard, prof. agrégé	Paris	10 fr.
Dr Lecaudey	—	200
Magub, D. E. D. P.	—	40
Em. Loriot	—	20
Mme Vve Lecaudey	—	20
H. Détroyat, D. E. D. P.	—	10
Chaussebourg Aimé	—	10
Fortin	—	10
Chaussebourg Louis	—	5
Clouet	—	5
Sorbin	—	5
Jung	—	5
Fauvel	—	10
Audy Francis, D.E.D.P.	Senlis	50
Dr Levillain	Lisieux	100
Dr Brachet	Aix-l-Bains	40
Dr Nélaton, prof. agrégé	Paris	50
Poinsot, prof. à l'École.	—	100
Bredhurst, D. E. D. P.	Montluçon	5
Zamkoff, D. E. D. P.	Paris	10
	A reporter.	705 fr.

MM.		
	Report.	705 fr.
Tayac	Paris	20
Pombet D. E. D. P.	Le Havre	20
Bignault D. E. D. P.	Paris	20
G. Viau, prof. à l'École.	—	50
Swaycarsky H. D.E.D.P.	-	5
Meunier D. E. D. P.	Gd.Montrouge	5
Chouville D. E. D. P.	St-Quentin	20
Lewett, M. Prof. hon.	Paris	20
Cazeaux père	Dunkerque	5
Borkowski D. E. D. P.	Courbevoie	10
Felgines	Aurillac	5
Lapière	Paris	20
Dr Dupas D. E. D. P.	Nantes	5
Debray Maurice	S-Ger.-en-Laye	3
Saumur D. E. D. P.	Paris	20
Hirschberg D. E. D. P.	—	10
Mamelzer D. E. D. P.	—	5
Total de la 1re liste.		948 fr.

2e *liste.*

MM.			
Francis Jean, prof. à l'Éc.	Paris	50 fr.	»
Adnet	—	5	»
Hermann	—	5	»
Guillemin D. E. D. P.	—	5	»
Le Sève	—	10	»
Em. Denis D. E. D. P.	—	25	»
Serres, prof. à l'École	—	20	»
Quillet	—	5	»
G. Maurice	—	2	»
P. Bertaux	—	10	»
L. Seigle, D. E. D. P.	Bordeaux	10	»
A. Carbonnel	Paris	20	»
Devoucoux G. D.E.D.P.	Constantine	5	»
Wiesner	Paris	10	»
Merlin	Toulouse	5	»
Sauvez père	Paris	5	»
Dr Sauvez, prof. à l'École	—	20	»
Beaussillon	—	10	»
Trallero R. D. E. D. P.	Barcelone	10	»
Trallero M. D. E. D. P.	—	10	»
Goldschmidt D. E. D. P.	Paris	5	»
E. Fresnel D. E. D. P.	—	10	»
H. Wright D. E. D. P.	Londres	5	»
Dr Hutinel, prof. agrégé	Paris	20	»
d'Almen D. E. D. P.	—	5	»
Chanaud	—	5	»
Billet D. E. D. P.	—	20	»
Antoine Emile	—	2	»
Mariez Georges	—	1 fr.	50
Bidet	—	1	50
Dr Faucher, prof. à l'École	—	20	»
Cecconi D. E. D. P.	—	10	»
Legrand	—	100	»
Dr Ollivier, méd. des hôp.	—	20	»
Dr Gouhaut	—	5	»
Papot D.E.D.P.	—	20	»
Ronnet D. E. D. P.	—	20	»
Godon D. E. D. P.	—	100	»
Chauvin D. E. D. P.	—	50	»
Legret D. E. D. P.	Boul.-s.-S.	50	»
Lamy	St-Mandé	100	»
Mahieu	—	5	»
d'Argent D. E. D. P.	—	20	»
	A report.	837 fr.	»

MM.			
	Report	837 fr.	»
Choquet D. E. D. P.	Paris	5	»
Dr Buisseret	—	10	»
Buron	—	5	»
Nicolaïdes	—	5	»
Bonnard, prof. à l'École	—	10	»
Ernoux, négociant	—	300	»
Dr Hahn	—	10	»
Legendre	—	5	»
Mme Hébert	Gisors	5	»
Richer	Vernon	5	»
Löwenthal, prof. à l'École	Paris	10	»
Lejeune	—	2	2
Jaspar	—	4	»
Dr Percepied	Mt-Dore	5	»
Dr Bonnefoy	Paris	5	»
Dr Coupard	—	20	»
Sineux, pharmacien	Bois-Col.	50	»
Amillac	Oran	20	»
Dr Gandil	Nice	20	»
Loup D. E. D. P.	Paris	10	»
Barbier D. E. D. P.	—	1	»
Debray, Amand	—	3	»
Dr Aubeau, prof. à l'École	—	100	»
Dr Cumming	—	30	»
Schwartz D. E. D. P.	Nîmes	5	»
Rasumny D. E. D. P.	Paris	5	»
de Lemos D. E. D. P.	—	10	»
Texier	Annonay	5	»
Allain	Paris	20	»
Walter	—	20	»
Dr Hirne	—	20	»
Feuvrier D. E. D. P.	Soissons	10	»
Berthaux	—	20	»
Lagrange Eug.	—	5	»
L. Martin D. E. D. P.	Paris	20	»
Rouméguère	Auch	5	»
Coignard D. E. D. P.	Nantes	20	»
Sablayrolles D. E. D. P.	—	20	»
J. Noë	Nancy	20	»
Total de la 2e liste.		**1682 fr.**	»
	1re liste	**948**	»
Ensemble..		**2630 fr.**	»

TRAVAUX ORIGINAUX

LE BROMURE D'ÉTHYLE COMME ANESTHÉSIQUE GÉNÉRAL

Par M. E. Sauvez,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

A la séance de la Société d'odontologie du mardi 11 avril, M. le Président a donné lecture de la lettre suivante sur cette question :

Monsieur le Président,

Je vous envoie cette note, en mon nom et au nom de mon ami Frey, interne des hôpitaux, chargé de cours à l'Ecole dentaire de Paris, pour prendre date au sujet d'études que nous poursuivons ensemble depuis quatre mois, afin d'expérimenter le bromure d'éthyle comme anesthésique général pour les dentistes.

L'anesthésie par le bromure d'éthyle appliquée à l'art dentaire n'a rien de neuf, nous nous empressons de le dire ; elle est employée en Allemagne, en Autriche et en Russie d'une façon courante ; nous avons pu recueillir 10 à 15,000 observations dans les diverses publications spéciales, mais il n'est pas venu à notre connaissance que les dentistes en aient fait un usage *courant* en France.

Jusqu'ici ce procédé n'a été employé d'une manière usuelle que par les laryngologistes, à l'instigation de MM. les docteurs Calmette et Lubet-Barbon qui tenaient ce procédé du professeur Moritz-Schmidt, de Francfort.

Depuis bientôt quatre ans, MM. Lubet-Barbon et Martin en ont retiré les plus grands avantages pour les opérations sur les tumeurs adénoïdes du pharynx et diverses opérations rapides sur les fosses nasales, l'oreille moyenne et l'oreille externe.

Nous avons commencé nos expériences sur ce sujet, à notre clinique, le 20 décembre 1892, avec le concours de M. le docteur Bourbon, anesthésiste du service de chirurgie de l'hôpital Bichat, et nous sommes convaincus qu'il y a certainement un grand parti à tirer de ce mode d'anesthésie.

Nous employons ce procédé pour l'art dentaire de plus en plus couramment pour les extractions même les plus laborieuses et nous avons pu pratiquer jusqu'à huit extractions sans difficulté avec une seule anesthésie.

L'anesthésie est produite par le bromure d'éthyle en une demi-minute environ, et ne nécessite aucun matériel spécial. Nous avons

toujours employé dans nos expériences du bromure d'éthyle chimiquement pur, préparé par M. Faure, pharmacien à Paris, chez qui on peut en trouver absolument purifié. Nous en avons utilisé souvent qui était rectifié depuis 10 à 15 jours, et conservé dans un endroit frais et obscur. Ce corps est versé assez abondamment sur une compresse et le malade, assis dans un fauteuil de dentiste quelconque, dort souvent en 20 secondes après 3 à 4 inspirations.

Le bromure d'éthyle n'est pas seulement un anesthésique, mais un analgésique. Après la période d'anesthésie survient une période d'analgésie. Le malade obéit aux injonctions de l'opérateur, a conscience de ce qui se passe autour de lui, mais ne sent pas la douleur.

La période d'insensibilité dure au minimum deux minutes et atteint le plus souvent quatre minutes, ce qui donne à l'opérateur une grande latitude.

L'aspect du malade endormi n'a rien d'effrayant, quoi qu'en aient dit certains expérimentateurs, chirurgiens des hôpitaux et même certains dentistes.

Le réveil est, dans l'immense majorité des cas, très rapide et agréable et jamais nous n'avons observé de malaises sérieux à la suite de l'anesthésie, même chez des sujets atteints soit de certaines lésions cardiaques que nous avions reconnues auparavant, soit de tares du système nerveux, soit encore d'un état général très mauvais. Nous l'avons employé indistinctement pour les enfants, pour les adultes et les vieillards sans jamais avoir eu d'ennuis.

Nous en avons donné plusieurs fois dans la même séance, par exemple pour reprendre une dent fracturée. Depuis le début de nos essais jusqu'à ce jour, nous avons environ soixante observations prises avec grand soin.

Nous avons tenu à publier cette note afin de prendre date, nous réservant de revenir sur ce sujet lorsque nous possèderons un nombre d'observations plus considérables. Nous pourrons alors nous considérer comme autorisés à faire connaître à nos confrères le manuel opératoire que nous employons et qui est d'ailleurs des plus faciles, ayant derrière nous une expérimentation suffisante.

Nous n'avons en aucune façon l'idée de prétendre que le bromure d'éthyle est le seul et unique anesthésique qu'il soit bon d'employer dans l'art dentaire, mais nous désirons uniquement vulgariser un procédé déjà employé dans diverses spécialités et qui a l'immense avantage, entre autres sur le protoxyde d'azote, de ne nécessiter aucun matériel spécial et de coûter bon marché.

Quant au chloroforme, nous savons par expérience et tous ceux qui l'ont employé savent également tous les inconvénients qu'il a en art dentaire. Anesthésie lente, période d'excitation, réveil long, suites lentes, nécessité de la position déclive et obligation pour le malade de rester dans un lit après l'anesthésie.

Comme anesthésique général, nous sommes absolument convaincus qu'il est impossible de rien trouver de plus pratique. En cinq minutes on peut avoir terminé l'anesthésie et l'opération ; le malade est réveillé et peut partir immédiatement.

Sans vouloir faire le procès de l'anesthésie locale en général, nous pouvons faire remarquer le grand avantage qu'il y a à ce que le patient n'assiste pas à l'opération. Même lorsque l'anesthésie locale est parfaite, la luxation de la dent, le craquement des daviers sur l'os produisent sur le malade une sensation morale désagréable que chacun de nous a pu constater.

L'anesthésie locale avec la cocaïne, au sujet de laquelle on a dit tant de choses plus ou moins justes, est une question encore à l'ordre du jour et beaucoup de praticiens ne veulent pas, n'osent pas, pour mieux dire, y avoir recours.

Quant à l'anesthésie locale par le coryl, au sujet de laquelle M. d'Argent a fait dans la dernière séance une commmunication si intéressante, elle a de grands avantages sur le chlorure d'éthyle et agit plus profondément, mais dans bon nombre de cas, la sensation de froid sur les dents voisines nous a semblé être perçue douloureusement par le malade ; de plus elle nécessite un appareil spécial, s'adresse plus particulièrement aux dents antérieures et il est nécessaire d'opérer rapidement.

D'ailleurs, comme nous le disions tout à l'heure, il faut appliquer à chaque cas et à chaque malade le procédé qui convient le mieux. Les divers procédés d'anesthésie ont chacun leurs indications et c'est au dentiste à apprécier, suivant le tempérament du malade, le cas en face duquel il se trouve, s'il doit avoir recours à telle ou telle anesthésie.

Nous étudierons la question avec plus d'attention dans une prochaine communication.

Veuillez agréer, etc.

E. Sauvez.

DES GINGIVITES MERCURIELLES D'ORIGINE THÉRAPEUTIQUE

Par M. Jeay.

Tous les syphilitiques, en présence desquels je me suis trouvé ces derniers temps, étaient traités par des injections intra musculaires de succinimate de mercure et d'huile grise, méthode extrêmement énergique et très employée, avec cette dernière du moins, dans la marine. Je dis méthode extrêmement énergique, car elle réussit admirablement contre les accidents de la syphilis, mais a le défaut d'amener très rapidement des désordres gingivaux graves, nécessitant souvent la suspension du traitement ; or suspendre le traitement pour que ces accidents disparaissent est une perte de temps pendant laquelle la syphilis continue son envahissement; il faut donc intervenir de façon à laisser le traitement complètement libre et, comme, sur une cinquantaine de cas, je suis intervenu pour plus de la moitié, je me crois autorisé à vous faire part de mes remarques à ce sujet.

Pour mettre de l'ordre dans ma communication, je vais suivre la marche classique : étiologie, anatomie pathologique, traitement.

L'origine de cette affection buccale est connue de vous tous ; son nom l'indique suffisamment d'ailleurs ; je n'insiste donc pas.

Je m'arrêterai sur la plus ou moins grande solubilité des préparations employées à propos de leurs effets hydrargyriques plus ou moins puissants. Magitot croit que la nature de la préparation importe peu, tandis que la plupart des auteurs pensent qu'entre toutes celles où le composé est à l'état insoluble sont à cet égard les plus actives ; je serais plutôt de l'avis de ces derniers. Je me suis trouvé, en effet, en présence de deux préparations : l'une, le succinimate de mercure, (vulgo succinimide), composé soluble ; l'autre l'huile grise, composé insoluble. Alors que la première ne nous a *jamais* donné d'accidents graves, c'est à la seconde, au contraire, que nous avons *toujours* dû les attribuer ; et pourtant la quantité de mercure injectée était la même, puisque les syphilitiques traités à la succinimide étaient piqués tous les jours et ceux traités à l'huile grise tous les cinq jours au plus. La plus ou moins grande solubilité semble donc jouer seule un rôle, et bien que nous ne nous soyons trouvés qu'en présence de deux préparations, le fait de la nocuité plus grande de celle insoluble est à noter.

Avant de passer au processus pathologique, je m'arrêterai aussi sur la prédisposition à l'hydrargyrisme du sujet traité. « Dans le pronostic il faut tenir grand compte, dit Magitot, de la susceptibilité individuelle qui peut être excessivement variable. » Nous pensons absolument comme lui et nous croyons que le *lymphatisme* surtout doit jouer un rôle dans la marche aiguë des accidents.

J'en arrive au processus pathologique. A ce propos il y a eu de nombreuses discussions, et nous nous apercevons qu'autant d'auteurs, autant d'opinions différentes.

L'hydrargyrisme buccal est presque toujours précédé par un flux de salive à saveur métallique, tout le monde est d'accord là-dessus. Nous avons remarqué que le ptyalisme débute environ une heure ou deux après l'injection pour la moyenne des cas, mais quelquefois une demi-heure seulement. « La gingivite, disent MM. Magitot et Dubois, débute presque généralement de chaque côté de la mâchoire inférieure, au niveau des molaires ; la gingivite, disait le Dr Thomas dans son cours, débute généralement du côté où le malade se couche. » — Ce n'est pas de chance : sur 35 cas très rigoureusement observés à ce propos, j'ai toujours vu la gingivite débuter par les incisives inférieures ; il est vrai que nos malades en traitement ne se soignaient pas beaucoup la bouche, ce qui est très à considérer, comme nous allons le voir.

Nous en arrivons au point le plus discuté et comme tel le plus intéressant à examiner. Il est bien établi, et personne ne le conteste, que la gingivite mercurielle est précédée de l'élimination du mercure par les glandes salivaires : le ptyalisme et la saveur métallique en sont une preuve. Des sels de mercure sont donc en suspension dans la salive buccale, la salive mixte, et semblent agir comme simples

irritants des tissus avoisinants. C'est là alors que se pose le point d'interrogation intéressant : pourquoi, puisque ces sels sont répandus dans toute la bouche, agissent-ils de préférence sur les gencives? Pourquoi, en un mot, y a-t-il toujours gingivite avant stomatite?

Voyons d'abord quelle était l'opinion du Dr Thomas à ce sujet : « La stomatite mercurielle, disait-il dans son cours, est une stomatite d'élimination surtout par les gencives et le périoste alvéolo-dentaire; ce qui paraîtrait le prouver c'est qu'aussitôt que toutes les dents sont tombées à la suite de périostite, la cessation des phénomènes pathologiques est presque immédiate. » C'est à mon avis une explication malheureusement peu exacte : l'élimination par les gencives n'est guère possible, étant donné que les gencives sont absolument dépourvues de tout système glandulaire. On a même démontré à ce propos que la gencive n'a pas de mucus. Quant à l'élimination par le périoste alvéolo-dentaire, un fait alors m'étonne : c'est que la périostite soit une complication des phénomènes phlegmoneux de la gingivite. Si cette élimination existait réellement, la périostite se déclarerait beaucoup plus tôt et, loin d'être, comme tout le monde l'a constaté, une complication grave de la gingivite, elle serait primitive. De plus, la cessation des phénomènes pathologiques après la chute des dents n'est pas pour moi une preuve, car je me représente difficilement une gingivite sur un maxillaire dénué de dents, dénué, par suite, du feston gingival et de ces espaces interdentaires, réceptacles des détritus alimentaires et produits pathogéniques de toutes sortes, foyers de la phlogose. Ensuite, aussitôt les dents tombées, se produit la résorption alvéolaire et la gencive, s'affaissant sur elle-même, devient lisse, plus épaisse, plus fibreuse, moins vasculaire, plus résistante, second point qui tendrait singulièrement à faire disparaître tout phénomène d'inflammation. Enfin, avec la chute des dents aurait lieu la chute du tartre ; or l'ablation seule du tartre par le dentiste contribue toujours à l'atténuation de l'affection buccale. En un mot, si, avec la chute des dents, disparaît la gingivite, c'est que la gencive aura subi un changement anatomique tel que les sels mercuriaux n'auront plus de prise sur elle comme irritant.

Voyons maintenant ce que pense Magitot : « Nous croyons, dit-il, que, lors de son élimination, le métal agit sur toute la surface de la muqueuse, aussi bien sur les parties dépourvues de glandes que sur celles qui en renferment. Or, puisque la gencive est précisement la première et la seule atteinte, le ptyalisme surviendrait ainsi tout d'abord à titre d'excitation fonctionnelle ; puis ce serait l'action irritante de la salive chargée d'éléments mercuriels qui déterminerait l'apparition des lésions anatomiques sur le bord gingival et par continuité aux autres parties de la muqueuse. » Tout cela est extrêmement exact, mais comme, dans la bouche, la gencive n'est pas le seul point en contact avec la salive, pourquoi, encore une fois, y a-t-il toujours gingivite avant stomatite? Magitot lui-même ne semble pas répondre à la question et le problème reste irrésolu.

Sur 35 cas tenus en observation, nous avons remarqué :

Que s'il n'y avait pas de gingivite, ce qui est rare, 4 cas seulement,

ce n'était que dans des bouches saines, c'est-à-dire des bouches soignées, ne présentant aucune trace de mauvaise hygiène, tartre, racines, dents sales ou cariées, etc.;

Que lorsqu'il y avait gingivite, mais que la bouche était bien ou assez bien entretenue, 14 cas, la gingivite avait une marche beaucoup plus lente et ne revêtait jamais une forme grave;

Que lorsque la gingivite évoluait dans une bouche malpropre, 17 cas, présentant des racines, du tartre en assez grande abondance, et surtout des détritus alimentaires agglutinés aux débris épithéliaux et tous les produits septiques de la bouche, elle avait une marche rapide, revêtait promptement la forme phlegmoneuse et donnait lieu aux accidents graves ;

Que la gingivite débutait toujours au niveau des incisives inférieures ; qu'elle était toujours plus marquée à ce niveau ; que dans une bouche où il manquait des dents, la gingivite cessait à ce niveau pour reprendre au niveau des autres dents ; qu'aux deux mâchoires la gingivite était toujours moins marquée au niveau des molaires où se faisait la mastication, action mécanique empêchant l'agglomération des produits pathogènes.

Voilà l'ensemble de nos remarques ; que nous semble-t-il que nous devions en conclure?

Simplement ceci : que les sels de mercure tenus en suspension dans la salive attaquent en premier lieu la gencive parce qu'elle est le point le plus vulnérable de la bouche, le point qui semble le plus prédisposé.

En effet, quand bien même il n'y aura ni tartre, ni racines, ces espaces interdentaires, ce feston gingival qui retiennent tous les produits septiques de la bouche, ne seront-ils point des foyers d'inflammation tout trouvés ? Ne sera-ce pas à leur niveau que ce nouvel irritant buccal trouvera le meilleur terrain? Et si bien entretenue que soit la bouche, ne sera-ce pas encore à ce niveau que les sels mercuriaux pourront se déposer avec le plus de facilité et n'être plus dérangés par le flot salivaire qui les y aura amenés sans qu'on puisse cette fois, les en retirer, protégés qu'ils seront par ce nouvel abri. Si saine donc que soit la bouche, rien d'étonnant à ce que les sels mercuriaux s'attaquent d'abord à la gencive, puisqu'elle est le point le plus vulnérable, le terrain où se trouvent réunis tous les éléments de l'inflammation. Enfin, pour peu que cette malheureuse gencive soit déjà congestionnée, irritée par du tartre ou la présence d'une dent morte, irritée par des sécrétions et des débris de toutes sortes, à ce mal qui passait inaperçu le mercure donnera un coup de fouet ; à l'irritation primitive se joignant l'irritation propre à l'hydrargyre, l'inflammation rapide, aiguë, ne tardera pas à se développer avec des complications d'autant plus graves que le terrain où elles se développeront sera lui-même plus malade. De plus, l'hydrargyrisme débutant à l'endroit le plus prédisposé de la bouche, c'est-à-dire la gencive, se développera au point le plus favorable de celle-ci, c'est-à-dire d'abord au niveau des incisives inférieures, point où il y a toujours du tartre, élément de la prédisposition, pour gagner ensuite les au-

tres dents, marquant sa préférence au niveau des racines et autres lieux déjà irrités : voilà, à mon avis, pourquoi il y a gingivite avant stomatite et je me permettrai d'ajouter que cette gingivite mercurielle me semble généralement proportionnée à la prédisposition même de la gencive, c'est-à-dire à son état de propreté, en un mot à l'hygiène buccale.

Peut-être devons-nous aussi mettre au nombre des causes prédisposantes l'absence de tout système glandulaire de la gencive. Si elle était pourvue de glandes, il n'est pas impossible que cette couche de mucus dont les autres muqueuses buccales sont pourvues ne lui servît pas d'isolant, retardant ainsi les phénomènes inflammatoires.

Nous passerons sur l'anatomie pathologique : ce sont tous les phénomènes de la gingivite phlegmonneuse, souvent avec plus d'acuité; mais nous n'avons rien remarqué qui ne soit décrit ou conforme à notre manière de voir.

Dans le traitement, d'après les idées émises, le nettoyage s'imposera avant tout, ainsi que l'antisepsie. Mais si le bon état de la bouche semble être une cause d'atténuation des accidents, il ne suffira pas; nous avons vu en effet des gingivites se déclarer dans des bouches bien entretenues; elles étaient peu graves, à marche très lente, c'est vrai, cependant elles n'en existaient pas moins et la moindre cause extérieure aurait peut-être pu leur donner une poussée aiguë. Il ne faut donc pas avoir l'idée préconçue que le traitement se borne à un nettoyage bien fait et à une bonne antisepsie, on serait dans l'erreur, à telle preuve c'est ce qui m'est arrivé au début : sur 17 cas sérieux, qui avaient été consciencieusement soignés, j'ai eu 17 récidives. Récidives bien moins fortes, il est vrai, car si l'on avait cessé les injections tout serait certainement rentré dans l'ordre; mais comme le but était justement d'intervenir pour que les accidents buccaux ne forçassent pas le médecin à suspendre le traitement antisyphilitique et lui permettre au contraire de le continuer comme si de rien n'était, il a fallu chercher plus loin.

Après un nettoyage rigoureux, des injections entre la gencive et le collet des dents avec de l'eau oxygénée, après des scarifications, des gargarismes antiseptiques et astringents de toutes sortes et du chlorate de potasse sous toutes les formes, à bout d'arguments, j'eus un heureux souvenir : « La gingivite mercurielle, nous dit un jour M. Papot à la clinique, se guérit par le mercure. » Malheureusement, c'est tout ce dont je me souvins. Comment fallait-il employer ce mercure; agissait-il comme antiseptique ou autre? Je l'ignorais. Ne sachant au juste que penser, j'expérimentai d'abord, la conclusion viendrait ensuite si elle était possible.

Je repris mes 17 insuccès et, remplaçant simplement l'eau oxygénée par le sublimé au 1/1000, je fis des injections entre le collet et la gencive. Bien loin de calmer les phénomènes pathologiques, ce nouveau traitement ne fit que les faire accroître : au bout de 3 séances je dus tout cesser. Je ne me découragerai pourtant pas, et prenant un des terrains les moins favorables, je me décidai à la chose suivante.

Sur une jeune femme de 22 ans, lymphatique, *enceinte de 6 à 7 mois*, se soignant mal la bouche et écoutant peu nos conseils, ayant eu une gingivite telle que toutes les incisives inférieures disparaissaient sous un bourrelet de gencives saignantes, fongueuses, commençant à s'ulcérer, et que les incisives supérieures et inférieures étaient branlantes, mais ma malade n'étant piquée à l'huile grise que tous les 10 jours, ce qui me donnait un plus grand laps de temps pour agir, je fis redisparaître tous les accidents par un traitement antiseptique et astringent (nettoyage, chlorate de potasse et infusion de feuilles de ronces, injection d'eau oxygénée, etc.); puis aussitôt la gingivite récidiviste passée, je refis mes injections au sublimé à une dose beaucoup moins forte, à 1/5000 d'eau cette fois. Tout se passa bien; au bout de 3 séances, j'augmentai la solution, je la pris à 1/4000; rien ne bougeant après deux nouvelles séances, je la portai à 1/2000 et je pus arriver ainsi à cette fameuse solution si mal supportée au début, c'est-à-dire au 1/1000, solution que je continuai jusqu'au moment de l'injection d'huile grise, soit 3 jours, époque où je cessai le traitement. Depuis, la malade, tenue en observation pendant près 2 mois, n'a jamais accusé aucun symptôme d'hydrargyrisme buccal. Ainsi, une fois la gingivite guérie, bien entendu, j'avais pu, en l'espace de dix jours, amener les gencives dans un état tel qu'il n'y avait plus eu aucune récidive et que le traitement avait pu être continué sans aucun ennui.

En même temps que cette femme, je traitai par le même procédé mes autres malades. Malheureusement les conditions n'étaient plus exactement les mêmes : les injections d'huile grise avaient lieu tous les 5 jours et, au moment de l'élimination de cette nouvelle administration de mercure, je fus souvent obligé de suspendre mon traitement : la présence dans la salive des sels mercuriaux injectés joints à ceux de ma solution de sublimé amenait encore des désordres. Ce n'est qu'en suspendant mon propre traitement au moment de ces injections et en atténuant aussi l'action des sels par de très fréquents gargarismes et une potion de chlorate de potasse, que je parvins à pouvoir continuer et à appliquer rigoureusement ce qui m'avait si bien réussi pour le cas précédent. Je fus enfin récompensé de mes efforts, car au bout de 8 à 10 séances je suspendis mon traitement et, malgré la continuation des injections antisyphilitiques, aucune complication buccale ne reparut : or il y a plus de 2 mois que ces 17 cas ont été abandonnés par moi et à l'heure actuelle on continue pourtant encore les piqûres.

Tels sont les incidents auxquels nous avons assisté; comment donc expliquer l'action du sublimé dans ce cas? A mon avis, puisqu'il est admis que les sels mercuriaux tenus en suspension dans la salive n'agissent que comme simple irritant chimique des tissus avec lesquels ils sont en contact; puisqu'une solution de sublimé au 1/1000 ne peut être supportée qu'à la condition de commencer par des solutions beaucoup plus faibles, puis augmentées au fur et à mesure; puisque cette solution ne peut plus être supportée par le fait que d'autres sels mercuriaux se trouvent en suspension dans la sa-

live et viennent ainsi se joindre à ceux du sublimé dans leur contact avec la gencive, augmentant alors la dose irritante de la solution, il me semble que le rôle du sublimé, tout en étant antiseptique, est simplement d'accoutumer les tissus gingivaux à cette action irritante des sels mercuriaux, action irritante cause de la gingivite elle-même. Vous savez que certains médicaments employés pendant un certain temps finissent par être sans action, l'organisme s'est habitué à eux, les tissus les tolèrent. N'en serait-il pas de même dans notre cas, notre traitement ne serait-il pas basé sur cette loi de la thérapeutique? Notre sublimé, qui lui-même n'est toléré qu'à la condition d'être employé à doses minimes et de plus en plus concentrées, ne finirait-il pas par être toléré par les tissus à une concentration où la transition serait assez minime pour qu'à leur tour les sels mercuriaux éliminés par les glandes salivaires n'irritent plus la muqueuse buccale, pour que ces muqueuses ainsi habituées à leur présence les supportent, les tolèrent? En un mot, ne serait-ce pas là une sorte d'accoutumance de la part des tissus, accoutumance amenée par ce traitement aux injections de sublimé? Je le pense ; toujours est-il que ces phénomènes n'en ont pas moins été constatés, et je m'empresse de vous les communiquer pour que vous puissiez les expérimenter et les vérifier vous-mêmes.

En résumé, à doses égales de mercure injecté, bien entendu, il me semble :

Que moins un composé mercuriel sera soluble, plus sa nocuité dans le milieu buccal sera forte;

Que la stomatite mercurielle se trouve toujours précédée et généralement limitée par une gingivite par ce fait que les sels mercuriaux en suspension dans la salive agissant comme irritant chimique des tissus avoisinants, ils s'attaquent de préférence au point le moins résistant de la bouche, le plus prédisposé par sa nature anatomique, son rôle physiologique et son irritation primitive presque constante, c'est-à-dire la gencive;

Que la gingivite mercurielle d'origine thérapeutique débute toujours au niveau des incisives inférieures ;

Que tous les phénomènes graves de cette gingivite ont surtout lieu également à ce niveau;

Que cette gingivite paraît proportionnée à la prédisposition même de la gencive, c'est-à-dire à l'hygiène buccale;

Que le traitement doit comprendre :

1° Le nettoyage minutieux;

2° L'antisepsie buccale, de préférence avec des lavages et injections d'eau oxygénée;

3° Des gargarismes astringents très fréquents et à base de chlorate de potasse, dont la formule réussissant le mieux est celle-ci :

Chlorate de potasse	8 gr.
Glycérine pure	30
Infusion de feuilles de ronces	250

(Dr Monnet.)

En même temps que des pastilles de chlorate de potasse comprimé (5 à 6 par jour) ou à défaut la potion suivante :

Chlorate de potasse	4 gr.
Sirop de mûres	40
Julep gommeux	100

7 à 8 cuillerées par jour, c'est-à-dire 5 à 6 grammes de chlorate de potasse;

4° Des scarifications abondantes contre la tuméfaction, des applications d'iode caustique contre les ulcérations (iode métallique et iodure de potassium parties égales), des pointes de feu contre la périostite alvéolo-dentaire;

5° Une fois tous les phénomènes inflammatoires disparus, faire des injections entre la gencive et le collet des dents avec solution de sublimé à

1/5000 d'eau pendant 2 ou 3 jours.
Puis 1/4000 — —
— 1/2000 — —

Enfin à 1/1000 pendant 8 à 10 jours et plus s'il est possible.

Mais au début suspendre les injections de sublimé chaque fois que l'on fera des injections anti syphilitiques.

Ce sont là les remarques, les essais et les conclusions d'un débutant dans la carrière; je crains bien de ne rien vous apprendre de nouveau, car ces remarques et ces conclusions, vous vous les êtes sûrement faites vous-mêmes dans le cours de votre longue pratique; mais comme je ne les ai trouvées décrites par aucun auteur, je me suis cru autorisé à vous les communiquer.

Puissent-elles simplement avoir quelque utilité et être vérifiées par de plus compétents et de plus expérimentés.

Enfin, pour finir, je vous prierai de ne pas perdre de vue que le mode de traitement de la syphilis exposé au début nous a placés dans des conditions particulières, pouvant varier avec le traitement et faire modifier elles-mêmes le traitement buccal.

RÉSULTAT DE DEUX CAS DE TRANSPLANTATION

(Insuccès.)

Par M. J. Choquet,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Au mois d'octobre 1889, M. Godon, dans une communication sur un cas de transplantation, émettait l'avis que « la transplantation peut se faire avec une dent extraite depuis un certain temps, peut-être même avec une dent sèche ». Ayant eu sous la main un malade qui voulait bien se prêter à une tentative semblable, j'en ai profité et, au mois de janvier 1892, mon collègue M. Tusseau voulut bien vous présenter de ma part les résultats obtenus.

Il y avait alors relativement peu de temps que les opérations

avaient été faites et j'étais en droit de compter sur un succès complet, mais il en a été autrement et je n'ai obtenu que des résultats absolument négatifs, que j'ai l'honneur de vous soumettre aujourd'hui.

Je vous demanderai tout d'abord la permission de remonter un peu aux siècles passés et de vous prouver que l'observation qui fait l'objet de cette communication se pratiquait il y a déjà fort longtemps. La transplantation (greffe hétéroplastique) était employée assez fréquemment aux siècles derniers, mais principalement lorsqu'elle pouvait être exécutée « aussitôt l'extraction faite ou du moins peu de temps après ».

Le premier, Abulcasis[1] a parlé de cette opération qui consiste à remplacer les dents tombées par d'autres dents, soit naturelles, soit artificielles et faites avec des os de bœuf, mais c'est à Ambroise Paré que nous devons le premier exemple à peu près authentique d'un succès obtenu au moyen de la transplantation. Il dit à ce sujet :

« Un homme digne d'être cru m'a affirmé qu'une princesse, ayant fait arracher une dent, s'en fit remettre subit une autre d'une sienne damoiselle, laquelle se reprint, et, quelque temps après, mâchait dessus comme sur celle qu'elle avait fait retirer ; cela ay-je ouï dire, mais je ne l'ay point vu. »

En 1757 Bourdet[2] cite 2 cas de transplantations faites avec des dents sèches, dont un opéré par un sieur Faucon, coutelier de son état et dentiste quand l'occasion s'en présentait. Bourdet vit la malade 5 ans plus tard et la dent lui parut aussi solide que les autres.

En 1768, dans un précis de chirurgie il est fait relation de la substitution d'une dent sèche à une dent extraite.

En 1786, Guillaume Watson[3] relate l'observation d'une maladie survenue à la suite de l'implantation d'une dent sèche. Peu de temps après l'opération le malade fut atteint d'ulcères à la bouche et de carie à la mâchoire, mais ce qu'il y a de plus remarquable c'est que la dent transplantée n'a pas été atteinte la première et n'est pas tombée avant les autres.

En 1788, J. C. Lettsam[4], docteur en médecine, présenta une nouvelle relation d'une maladie survenue à la suite d'une transplantation.

Plus nous avançons et plus les essais de transplantation sont nombreux. Mais il serait fastidieux de les prendre séparément et je préfère arriver de suite au sujet de notre observation.

1° Le 11 mars 1891, la grande incisive supérieure gauche était transplantée, était consolidée le 30 avril de la même année et tombait, ou plutôt se brisait au mois de septembre de l'année suivante ;

2° Le 16 juillet 1891, la seconde petite molaire supérieure droite était transplantée et pouvait être considérée comme consolidée le 1er septembre. Néanmoins, au mois de mars 1892, cette dent devait être extraite.

Younger accusait 85 0/0 de réussites dans les implantations qu'il

1. Blondin, *Des dents*. Thèse pour l'agrégation, 1836.
2. Bourdet, *Recherches du dentiste*, t. II, page 201.
3. *Journal de médecine*, 1786, volume 67, page 507.
4. *Journal de médecine*, 1788, volume 76, page 127.

avait faites, mais jusqu'ici cette proportion semble loin d'être conservée et il semblerait vraiment qu'il y ait une tendance à abandonner cette opération qui ne donne que fort peu de résultats. Dans certains cas, les dents implantées n'ont pas voulu tenir et dans d'autres, au bout de 4 et 5 ans, elles étaient parfaitement consolidées. Pour ma part, j'ai vu à Toulouse un cas d'implantation fait depuis 4 ans et qui donne d'excellents résultats. La dent est très solide et ne se distingue de ses voisines que par un léger décollement de la gencive surtout à la face palatine.

Un autre cas qui avait été opéré quelques mois plus tôt donne des résultats encore meilleurs. Le malade se sert couramment de sa dent et trouve même qu'elle est plus solide que les autres.

De ces deux sujets, l'un est une institutrice allemande d'une quarantaine d'années, l'autre est un militaire récemment libéré du service et tous deux de haute stature et d'une constitution excellente.

Par contre, un essai de transplantation qui avait été tenté sur un officier d'artillerie absolument fatigué par ses études n'a donné aucun résultat. Il n'y a pas eu la moindre trace de consolidation.

Pour les deux dents qui font l'objet de cette communication, les phénomènes ont été un peu différents.

La grande incisive a demandé environ 45 jours pour être entièrement consolidée, pendant les 20 premiers jours, la dent semblait ne pas vouloir tenir et les 48 heures qui suivirent la transplantation furent excessivement douloureuses et fatigantes pour la malade.

J'insiste sur ce point, car, dans le second cas, la transplantation fut absolument indolore.

Au bout de 20 jours la consolidation commença à se dessiner et marcha ensuite très rapidement.

Elle s'est maintenue jusqu'au moment où, par suite d'un traumatisme occasionné par l'articulation, la dent vint à se briser, laissant dans l'alvéole environ 1/3 de la racine qui n'a jamais pu être extraite.

Pendant 12 ou 13 mois, il ne s'était rien produit d'anormal, mais, à cette époque, un petit bouton rougeâtre se forma sur la gencive. Ce bouton fut percé et laissa échapper une gouttelette de pus suivie d'un peu de sang. Une application d'iode fut faite et pendant un mois la fistule disparut.

Au bout de ce temps, au lieu d'une fistule, il en parut trois. Elles furent sondées et les 3 trajets se dirigeaient vers le même point, c'est-à-dire environ aux 2/3 de la racine, presque à l'endroit où la fracture se produisit plus tard. Le diamètre des trajets fistuleux était d'environ 2 millimètres.

En sondant, la malade ne ressentit aucune douleur, mais on entendait comme une sorte de crépitement sous l'effort de la sonde.

Le premier traitement fut répété et, au bout de 5 jours, tout était disparu de nouveau.

La gencive sertissait parfaitement la dent à son collet et il n'existait aucune trace d'ébranlement. Ces accidents se répétèrent à intervalles réguliers variant de 25 à 35 jours, jusqu'au milieu du 15e mois où les fistules devinrent alors permanentes et ce retour périodique

pourrait bien avoir eu la menstruation pour cause, comme le faisaient remarquer MM. Sauvez et Joseph dans de récentes communications.

Vers le 17e mois, la gencive se déprima un peu au niveau de la racine. Il semblait qu'il se faisait un travail de résorption du bord alvéolaire. Néanmoins, la dent conservait toujours sa solidité.

En septembre 1892, comme la malade cassait une croûte de pain, la dent se brisa. En examinant la partie de la racine qui restait après la commissure, on voit que la plupart des encoches qui avaient été faites ont disparu. Du côté de la fracture, le cément est absolument résorbé et rempli de trous ronds dont quelques uns avaient un diamètre assez volumineux.

L'alvéole semble élargi et le bord alvéolaire n'existe plus.

Pour la petite molaire, la période de consolidation fut beaucoup plus longue et ne fut à peu près terminée que le 1er septembre. Il y eut, si je puis m'exprimer ainsi, trois périodes bien marquées pour cette dent :

1° Période de consolidation, très lente ;

2° Période stationnaire, courte ;

3° Période d'ébranlement, rapide.

La période stationnaire ne dura que quinze jours à peu près, au bout desquels la gencive commença à se retirer, principalement à la partie palatine et la mobilité s'accrut à un tel point qu'au commencement de février 1892 je dus extraire la dent.

Dans ce cas, l'alvéole était beaucoup moins attaqué que dans le cas précédent. Quant à la racine, elle a diminué d'environ 3 millimètres et paraît très amincie.

Ainsi que me le faisait observer M. Poinsot, la fracture de la grande incisive a été occasionnée en grande partie par le contact des dents du bas, venant buter à la partie postérieure de la dent transplantée, mais il y avait certainement une cause pathologique qui a eu la plus grande part à cet échec.

D'un autre côté, la théorie émise par M. Poinsot que les dents à racines longues ont bien moins de chances de se consolider que celles à racines courtes semble être parfaitement vraie dans ce cas, car la grande incisive transplantée avait une racine peu longue, tandis qu'au contraire, la petite molaire était relativement grande.

Fredel [1], qui renouvela 19 fois l'expérience de Mitscherlitsch, a tiré les conclusions suivantes de ses observations :

L'intégrité absolue des parties dentaires et tout particulièrement du périoste est une des conditions indispensables pour avoir une consolidation définitive.

Lorsque cette intégrité n'est pas absolue, on peut obtenir des résultats temporaires (et c'est ici le cas) qui peuvent rendre de bons services dans la pratique courante.

Lorsque le périoste est enlevé partiellement, les parties correspondantes de la racine deviennent le siège d'une résorption d'étendue variable occasionnée par le travail des cellules ostéoclastes. La con-

1. 1889, *Odontologie*, page 51.

solidation peut paraître extérieurement parfaite quoiqu'une grande partie de la racine soit disparue.

Les divers accidents qui se sont produits pour ces deux transplantations concordent donc exactement avec la théorie émise par M. Fredel, mais peut-être les conditions antiseptiques nécessaires à la bonne réussite de l'opération ont-elles un peu fait défaut.

En tous cas, il serait curieux de savoir si, de nouveaux insuccès survenant à la suite de transplantations opérées avec des dents sèches, l'on observe les mêmes accidents qui se sont produits pour ces deux observations.

NOUVEL ÉMAIL A HAUTE TEMPÉRATURE

Par M. Loup,

Chef de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

J'ai eu l'honneur de présenter devant cette Société quelques résultats que j'avais obtenus avec ma soudure ou émail à haute température pour les dents minérales.

Depuis lors, je ne me suis pas arrêté là. Voyant tout le parti qu'on en pouvait tirer, j'ai modifié la formule de mon émail et je suis arrivé à des résultats vraiment intéressants. M. Viau me demandait lors de ma présentation si on ne pouvait souder un morceau de gencive à une dent. Je peux répondre et montrer aujourd'hui que ce que j'obtiens est assez joli, je peux dire qu'on peut faire tout ce qu'on voudra avec cet émail, qu'on peut en varier les applications à l'infini. Il suffit de le considérer comme une soudure quelconque.

La plus heureuse application, je crois, est l'avantage d'obtenir la dent à pivot, semblable à la dent Logan, avec n'importe quelle dent, telles que les spécimens que je vous montre. Vous savez tous combien la dent Logan est difficile à ajuster à cause de son pivot, vous savez aussi combien il est difficile de l'enlever de la racine une fois qu'elle y est scellée. Or cela arrive soit que la dent artificielle se casse, soit que la racine vienne à faire mal. Avec mon système, cela n'existe pas. Vous pouvez d'abord prendre une dent à pivot de bois, à godet ou diatorique et l'ajuster sans vous occuper du pivot, puis, lorsque la dent est ajustée, vous y soudez le pivot que vous voulez, celui de MM. Contenau et Godart ou tout autre, ou n'importe quel morceau de platine. En prenant le pivot Contenau et Godart en platine, que ces messieurs ont fabriqué exprès pour moi, vous supprimez les inconvénients que je faisais ressortir plus haut pour les dents Logan. Si une dent se casse, l'inconvénient n'est pas grave puisque le pivot s'enlève facilement du tube qui est dans la racine, il n'y a donc qu'à ajuster une autre dent. Si la racine vient à faire mal, sans enlever le tube qui est scellé vous pouvez la soigner, vous n'avez qu'à prendre un foret et déboucher le fond pour soigner l'apex.

Un autre avantage non moins heureux est celui dont vous avez un autre spécimen.

Lorsqu'on emploie les dents à gencive : 1° il est très difficile d'ajuster tellement les blocs que le caoutchouc ne passe pas au travers de la fente pendant la cuisson ; 2° il arrive quelquefois qu'un bloc se casse en deux ; 3° qu'une dent seulement d'un bloc se casse ; 4° que vous êtes désireux de mettre de la gencive à une dent qui vous convient. Vous pouvez voir par les modèles que je vous présente que ces ennuis peuvent ne plus se produire.

Une fois vos blocs ajustés, vous les mettez en plâtre et terre, en ayant soin de mettre sur la gencive un bout de papier de soie de façon à ce que le plâtre ne passe pas dans la fente ; vous mettez de la poudre d'émail et vous chauffez jusqu'à la fonte avec le chalumeau à bouche.

Si un bloc est cassé, vous réunissez le morceau comme je viens de l'indiquer, et vous soudez.

Si une dent casse à un bloc, vous échancrez à la meule toute la dent cassée en contournant bien la gencive, et vous y ajoutez une autre dent à la place, puis vous mettez en plâtre et soudez.

Vous pouvez voir que toutes ces soudures ne paraissent pas du tout, même dans les filures sur le bloc de gencive.

Pour les dents à pivots, vous prenez une dent à pivot de bois, à godet ou diatorique, vous la mettez en plâtre, puis le pivot que vous devez y souder est attaché avec un fil de fer de manière à ce que le fil vienne se perdre dans le plâtre. Alors le pivot étant dans le trou de la dent, vous y mettez la poudre et soudez.

Il y a avantage, pour bien faire fuser la soudure d'émail, à imbiber les parties à souder d'une solution aqueuse faible de borax.

Les autres dents peuvent également être transformées en dents à pivot, mais le travail en est un peu plus long, il s'agit tout simplement de faire un talon avec une autre dent.

Cet émail résiste à la fusion de l'or, de sorte que deux blocs soudés avec lui peuvent facilement être contreplaqués et soudés à l'or.

J'ai obtenu deux nuances : une d'un blanc jaunâtre ou ivoire et une rose gencive ; elles seront appropriées selon les cas par le dentiste.

Je crois en avoir dit assez pour faire comprendre combien il sera avantageux de s'en servir. J'ajouterai cependant un exemple : pour le pivot, je crois m'être assez bien expliqué pour que tout le monde fasse sa dent à pivot soi-même, elle reviendra moins cher que la dent Logan, et la variété de choix en sera beaucoup plus grande.

Mais prenez une pièce à gencive, un bloc se casse, ou une dent. Or il n'est pas facile de réassortir un bloc pour un appareil déjà fait, tandis qu'avec le procédé que je vous signale, vous lavez les morceaux, raccordez et soudez, puis vous faites cuire comme si c'était un bloc neuf, et ça ne paraît pas.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE

Séances extraordinaires des dimanche 9 *et lundi* 10 *avril* 1893.

La Société d'Odontologie inaugurait dimanche 9 et lundi 10 avril les séances extraordinaires de démonstrations pratiques instituées sur la demande de membres de l'Association générale des dentistes de France habitant les départements, désireux de resserrer les liens qui les unissent à l'Ecole.

Beaucoup de nos confrères de province, parmi lesquels le doyen des dentistes de France, M. Berthaux, de Soissons, vice-président de l'Association générale, qu'on est toujours sûr de rencontrer dès qu'il s'agit d'enseignement professionnel, s'étaient rendus à la convocation. Plusieurs, empêchés, se sont excusés en nous promettant leur présence à la prochaine réunion. Un grand nombre de diplômés et de membres de Paris avaient tenu à y assister également.

L'ordre du jour de la séance du dimanche comprenait :

1° Une démonstration pratique sur l'aurification avec la méthode mixte faite par M. Lemerle, le distingué professeur de dentisterie opératoire ;

2° Des opérations à l'aide du nouvel anesthésique local, le coryl, sur des malades de la clinique de l'Ecole, par M. d'Argent, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

M. Lemerle avait sculpté une énorme couronne de grosse molaire dans l'extrémité d'une défense d'éléphant pour faire des démonstrations schématiques aux assistants. Il avait creusé dans ce bloc une série de cavités convenant plus spécialement, l'une à l'aurification à l'or adhésif, l'autre à l'aurification à l'or mou, etc. Ces cavités représentaient la forme classique et d'ailleurs M. Lemerle se sert de ce procédé depuis longtemps pour démontrer aux élèves de l'Ecole la manière dont doivent être disposés les points de rétention, la rainure circulaire, la façon dont les cylindres doivent être placés, en un mot tous les temps divers de l'aurification.

Ce procédé, disons-le en passant, est excellent comme démonstration, en ce sens que les élèves se rendent parfaitement compte à une grande échelle des diverses parties du manuel opératoire de l'aurification, qui sont si délicates à comprendre pour les débutants quand ils commencent avec une dent de volume normal et surtout dans la bouche du sujet. M. Lemerle a surtout insisté, dans cette démonstration sur la façon dont sont confectionnées les boulettes d'or en forme de cône qu'il emploie au début de ses aurifications par la méthode mixte.

Il prend une demi-feuille d'or n° 4, or préparé par une maison française, et replie cette demi-feuille en trois dans le sens de la longueur, de façon à avoir un long rectangle comprenant trois épaisseurs d'or. Il découpe ensuite cette bandelette en 5 ou 6 morceaux dans le sens de la largeur et obtient de cette façon autant de petits

rectangles d'un 1/2 centimètre à 2 centimètres carrés de superficie; il les découpe d'autant plus grands que la cavité est plus volumineuse.

C'est avec chacun des petits rectangles ainsi obtenus et qui comprennent chacun, comme on le voit, trois épaisseurs d'or, que M. Lemerle confectionne ses boulettes coniques.

Pour faire comprendre comment il les forme, nous allons supposer qu'un de ces morceaux est un carré parfait. On replie chacun des angles de ce carré de telle sorte que les quatre angles se trouvent au centre, puis on rabat dans le même sens toute la partie périphérique de façon à former une boulette que l'on comprime assez fortement avec les doigts.

Il y a dans cette petite opération une précaution indispensable à prendre : on sait combien il faut peu de chose pour empêcher l'adhésivité de l'or et on recommande toujours de n'y pas toucher avec les doigts; aussi ne faut-il confectionner la boulette qu'avec la pulpe du pouce et de l'index que l'on aura au préalable nettoyée avec soin. M. Lemerle recommande de tremper les extrémités de ces deux doigts dans l'alcool et de les frotter fortement avec un linge très propre.

Ces précautions absolument nécessaires une fois méticuleusement prises et les boulettes confectionnées de cette façon, M. Lemerle les dispose dans le fond de la cavité préparée avec soin, mais sans qu'il soit nécessaire d'avoir des points de rétention, comme si c'étaient des cylindres. Ces boulettes ne tiennent pas du tout au début; on les maintient au besoin et on les presse avec des fouloirs, non avec le maillet contre la paroi par laquelle on a commencé, puis lorsqu'on a atteint la paroi opposée, après avoir mis l'une contre l'autre autant de boulettes qu'il est possible en les tassant fortement, on commence à fouler avec le maillet par des coups très doux d'abord et on arrive à construire ainsi une base absolument solide.

Si cette opération a été faite soigneusement, judicieusement et proprement, on peut construire une aurification à l'or adhésif qui doit adhérer parfaitement à la base que nous avons établie jusqu'ici et on a gagné ainsi un temps considérable. Si la cavité est très grande, on peut établir ainsi deux ou trois étages de boulettes.

M. Lemerle arrive ainsi à mettre deux feuilles d'or en 10 minutes, et dans la séance dont nous parlons, il a fait, par ce procédé, une reconstitution de prémolaire supérieure en très peu de temps avec un résultat parfait. Il a pu, sans se presser, en s'arrêtant à chaque instant, pour démontrer aux assistants le mode opératoire, employer huit feuilles d'or en quarante-cinq minutes, alors que la même aurification à l'or adhésif seul demande deux heures au moins. Comme on le voit, ce système restreint singulièrement l'emploi de l'or mou. Ajoutons que M. Lemerle fera cette démonstration aux séances trimestrielles, si des membres le lui demandent.

M. d'Argent a ensuite donné quelques explications sur le coryl et le coryleur, puis il a procédé à l'insensibilisation d'une dent, dont l'ivoire subissait une hypéresthésie intense, et qu'un élève de troisième année préparait pour une aurification. Le coryl, pulvérisé en un jet très mince et projeté pendant quelques secondes sur la région

de la cavité, a rendu l'ivoire insensible à tel point que M. d'Argent a pu pratiquer, à l'aide du tour à fraiser, une profonde rainure circulaire sans que la malade fit entendre la moindre plainte ; le travail terminé, la patiente a déclaré n'avoir ressenti que le contact du froid, infiniment plus supportable que celui d'un instrument excavateur.

Après cette intéressante démonstration, les malades inscrits pour la clinique du jour se sont présentés et M. d'Argent a opéré indistinctement toutes les dents ou racines dont l'extraction était indiquée.

Dans tous les cas, M. d'Argent opère seul ; il applique le coryl suivant les instructions contenues dans sa communication à la Société d'Odontologie ; il dépose ensuite le coryleur sur la tablette du fauteuil, prend l'instrument et pratique l'avulsion sans précipitation comme le chirurgien-dentiste doit le faire dans son cabinet, démontrant ainsi que l'anesthésie par le coryl n'exige pas le concours de deux opérateurs. Une quinzaine d'opérations ont été pratiquées avec succès, et les membres présents étaient unanimes à applaudir aux brillants résultats de cette démonstration convaincante pour la valeur de cet anesthésique.

Le lundi, M. Viau a continué la série d'observations qu'il a entreprises de concert avec M. le Dr Pinet, sur les opérations pratiquées à l'aide d'un nouvel anesthésique local, la tropacocaïne. Il a obtenu des résultats très satisfaisants sur les malades pris au hasard de la clinique et, cette fois encore, malgré le nombre considérable de personnes qui assistaient à sa démonstration et qui pouvaient influencer les malades, on n'a pu constater aucun malaise. C'est une démonstration qui ajoute une nouvelle valeur à la série d'observations publiées dans l'*Odontologie*, numéro de janvier 1893.

Notre confrère s'est, du reste, attaché dès le début de l'emploi de la cocaïne en art dentaire à recueillir le plus grand nombre d'observations. Il a modifié les doses et les solutions et a acquis ainsi une connaissance très grande de ce médicament. Aussi a-t-il été des premiers à essayer la tropacocaïne lorsque celle-ci fit son apparition, et ses communications sur cet anesthésique à la Société d'Odontologie offrent un intérêt tout particulier tant par les recherches sérieuses auquelles il s'est livré que par les déductions qu'il a su en tirer.

M. Barrié, professeur suppléant de dentisterie opératoire, qui est un chercheur et un innovateur, nous a ensuite présenté et démontré l'emploi de ses couronnes partielles en or.

Après avoir rappelé dans quels cas il préconise l'emploi des couronnes partielles en or fin (voir *Odontologie*, septembre 1892) il indique les petits perfectionnements suivants apportés par lui dans l'exécution de ce genre de travail depuis sa dernière communication :

1° Moulage des bords de la cavité en biseau, de manière à ce que l'or qui vient s'ajuster sur ces bords ne fasse pas épaisseur ;

2° Emploi d'une des pinces condensatrices de M. Bing, légèrement modifiée, pour bien sertir la dent, et amincir les bords de la couronne de telle sorte que le brunissoir, le cure-dent, ne puissent les rebrousser et qu'ils ne soient susceptibles de retenir aucun débris de substances alimentaires.

M. Houdoux, élève de troisième année, scelle, devant les membres présents, au moyen du ciment Marfil, une couronne partielle sur une grosse molaire supérieure qu'il a confectionnée lui-même. Les parois antérieures et palatines sont absentes ; c'est un second degré avancé. La cavité se présente de telle façon qu'un amalgame aurait peu de chance de durée, et serait même en quelque sorte impraticable ; un ciment d'autre part se désagrégerait rapidement.

Les assistants ont trouvé l'opération et le travail parfaits ; quelques-uns déclarent ces couronnes très pratiques et plus faciles à confectionner dans les cas de reconstitutions postérieures qu'une aurification à l'or adhésif ; l'aurification à l'or mou par les trois positions de cylindres ne pouvant se faire que lorsqu'il manque une paroi.

M. Barrié présente ensuite un clamp perfectionné pour contribuer à l'arrêt des hémorragies dentaires (région des molaires inférieures) en exerçant une pression verticale et bi-latérale énergique sans nuire à l'articulation des deux mâchoires. Ce clamp a déjà été présenté au congrès de 1889, M. Barrié y a apporté depuis quelques améliorations :

1° Deux ailettes accessoires servant à passer des ligatures aux dents voisines en cas de disposition du clamp à glisser ;

2° La partie interne des ailettes est garnie de pointes de métal destinées à maintenir la bande d'amadou couvrant le pansement hémostatique.

Il est nécessaire de posséder deux clamps de forme différente, l'un pour la mâchoire supérieure, l'autre pour la mâchoire inférieure.

M. Barrié devait faire deux autres démonstrations l'une sur un cas de transplantation, l'autre sur la fixation d'un morceau d'émail naturel sur une grande incisive, avec sa méthode de scellement, mais l'heure avancée de la matinée l'a obligé à remettre ces diverses opérations à une séance ultérieure.

Le succès obtenu par ces premières séances, dont la nécessité n'est plus à démontrer ne pourra que continuer et augmenter. Le bureau de la Société d'Odontologie, soucieux de les rendre de plus en plus intéressantes, a résolu de fixer trois mois à l'avance la date de la prochaine réunion, qui sera annoncée dans le journal l'*Odontologie*, ce qui permettra à nos confrères éloignés d'y assister plus facilement.

Si certains procédés ou travaux nouveaux les intéressent davantage, ils pourront l'indiquer par lettre au secrétaire général, et le bureau fera tous ses efforts pour mettre les plus importants à l'ordre du jour.

Tous les membres de l'Association générale des dentistes de France pourront ainsi profiter des travaux de la Société d'Odontologie et de l'École. Ce sera, si j'ose m'exprimer ainsi, la vulgarisation de l'enseignement pour tous ceux qui ne peuvent suivre assidûment nos séances mensuelles.

Nous sommes convaincu que ces réunions périodiques attireront un nombre toujours plus considérable de membres de province qui pourront constater la justesse de notre devise : Union et Progrès.

P. Martinier.

Séance du mardi 11 *avril* 1893.

Présidence de M. Viau, président.

La séance est ouverte à 9 heures 10 minutes.

M. Martinier, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté.

Il communique ensuite une lettre de M. Loubières, de Tarascon, relatant deux observations : l'une sur la cuisson du caoutchouc, l'autre sur un procédé de soufflerie.

I. — Le bromure d'éthyle comme anesthésique général, par M. Sauvez

M. Viau lit une lettre de MM. Frey et Sauvez, relative à l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique général. (Voir *Travaux originaux.*)

DISCUSSION

M. Meng. — J'ai vu employer cet agent à Berlin, mais l'anesthésie était longue à obtenir et n'était pas complète.

M. Viau. — L'an dernier le Dr Pinet et moi nous avons essayé cet anesthésique, qui ne nous a pas donné d'excellents résultats. Nous avons eu une période d'excitation très grande sans obtenir une anesthésie suffisante pour pratiquer l'avulsion. La semaine dernière M. Sauvez a opéré devant moi plusieurs malades et a obtenu des résultats très satisfaisants, un des sujets était pourtant très nerveux, mais il fut mis hors de lutte en trois minutes. Je dois ajouter que le médicament employé l'autre jour n'avait pas l'odeur irritante de celui dont je me suis servi, celui de M. Sauvez rappelle plutôt l'odeur du chloroforme. J'attribue nos insuccès à la qualité du médicament.

M. Frey. — Il faut un manuel opératoire spécial et un bromure chimiquement pur. Actuellement la pharmacie des hôpitaux ne peut pas en fournir à cause de la chaleur, car il se décompose tout de suite.

M. Gillard. — J'ai expérimenté le bromure d'éthyle en 1892 chez moi ; le Dr Lechatelier a assisté à mon expérience et en moins de vingt minutes tout a été fait. Nous n'avons pas eu de période d'excitation.

M. Frey. — Chez les enfants le chloroforme réussit aussi bien que le bromure d'éthyle.

M. Viau. — Le Dr de Saint-Germain a opéré des milliers d'enfants par le chloroforme et toujours sans accidents. Son procédé consiste à donner le chloroforme à dose massive dès le début.

M. Roy. — M. Poitou Duplessy a fait des essais, desquels il résulte que le bromure d'éthyle est un médicament excellent pour produire l'anesthésie et très mauvais pour l'entretenir, car il amène l'apnée toxique. Il excite très peu les centres nerveux bulbaires. Associé au chloroforme, il est très bon et peut s'administrer largement.

M. Frey. — Le bromure d'éthyle agit d'une façon contraire au chloroforme.

M. Viau. — Une anesthésie rapide, ne laissant pas de traces, nous suffit; voilà pourquoi le chloroforme est employé rarement par nous.

II. — Résultat de deux cas de transplantation (insuccès), par M. J. Choquet

M. Martinier donne lecture de cette communication (voir *Travaux originaux*), en l'absence de son auteur.

DISCUSSION

M. Frantz. — Comment une dent transplantée peut-elle se fracturer ainsi?

M. Viau. — La fracture a eu lieu à un moment avancé de résorption. M. Choquet a réséqué une lamelle de racine pour l'examiner au microscope, et la dent était résorbée jusqu'à ce point.

M. Frantz. — Alors il y avait résorption et non fracture!

M. Viau. — La chute de la dent, dit M. Choquet, a été provoquée par l'articulation. Pour obtenir une bonne réimplantation il faut un périoste intact.

M. Roy. — Quand on nous lut la première observation de M. Choquet sur un cas semblable, il s'agissait de dents offrant une antisepsie très relative : elles traînaient dans un tiroir et on les avait lavées dans une solution de nitrate d'argent. C'est là une circonstance adjuvante pour l'insuccès.

M. Frantz. — En enlevant les débris dentaires on évite la décomposition. J'ai pratiqué, pour ma part, une réimplantation qui a très bien réussi parce que j'ai aseptisé.

M. Barrié. — Dans l'opération il faut pratiquer l'antisepsie et enlever les débris nerveux ; mais si l'on bouche seulement l'apex de la racine, la décomposition se produit difficilement.

M. Gillard. — Il se produit souvent des phénomènes bizarres dans la transplantation. Il y a onze ans, à l'hôpital Cochin, j'enlevais et transplantais des dents; j'avais transplanté à un étudiant une grosse molaire inférieure, sans prendre de précautions. Le jeune homme est docteur maintenant; sa dent va très bien.

M. Roy. — M. Godon a présenté à la Société un cas où il n'avait pas enlevé les nerfs; mais il avait mis la dent dans une solution antiseptique. Celle-ci avait conservé sa teinte normale tandis qu'à côté une dent non réimplantée, atteinte de carie du 4e degré, avait changé de couleur et on aurait pu croire que c'était l'autre qui était naturelle.

M. Frantz. — Nous voyons des dents qui, malgré un traumatisme, conservent leurs nerfs.

M. Lemerle. — J'ai eu occasion de pratiquer une réimplantation. La dent réimplantée avec tous les soins voulus a duré trois mois et, à l'extraction, elle ressemblait à une dent de lait : il n'y avait presque plus rien.

J'ai eu aussi occasion de réimplanter une petite molaire qui a duré

trois ans; mais, au bout de ce temps, la résorption était presque complète. C'est par exception seulement qu'on observe des durées très longues.

Chez un malade de l'école il y avait un abcès sur deux dents à pivot; on les enleva, on les replanta et la personne affirma s'en trouver très bien.

M. Martinier. — Je crois que, pour la réimplantation, l'agent le plus important du succès est le tempérament du sujet. Chez les scrofuleux, les lymphatiques, les rachitiques et les diathésiques on obtiendra rarement un résultat satisfaisant malgré toutes les précautions que l'on pourra prendre.

M. Loup. — La force vitale de l'individu joue un grand rôle et, si nous rencontrons beaucoup d'insuccès, cela tient au tempérament de celui auquel on a pratiqué la transplantation et au tempérament de celui à qui on a emprunté la dent. Nous ne devons croire qu'à la théorie mécanique et non à la théorie vitale.

M. Viau. — Il y a une question de résistance et de tolérance.

M. Barrié. — Si c'est une action mécanique, le tempérament n'y joue aucun rôle.

M. Loup. — Si, pour la résistance. En cas de diathèse chez l'individu vous aurez une ostéite raréfiante.

III. — Nouveaux emplois de l'émail a haute température en art dentaire, par M. Loup

M. Loup donne lecture d'une note sur ce sujet (Voir *Travaux originaux*) et présente des spécimens de ses essais.

Il ajoute : La dent à pivot de bois s'ajuste comme une dent à pivot ordinaire; on y fixe un pivot Godart, par exemple, qui permet d'enlever la dent et de souder les deux morceaux ensemble dans une racine.

Pour le caoutchouc, il est rare que vous ayez les deux blocs très unis; mais en les soudant, vous obtenez quelque chose de très solide.

DISCUSSION

M. Viau. — Je suis très heureux de vous avoir porté un défi l'an dernier, puisque vous avez si bien réussi.

M. Loup. — On peut employer tous les genres de dents de cette façon.

M. Roy. — A la Société odontotechnique on a dernièrement fait une communication sur la fabrication des dents Logan en y soudant des dents à pivot de bois.

M. Loup. — Voici des dents rapportées à la gencive artificielle. J'ai ajusté à un bloc de gencive, j'ai échancré et j'ai soudé.

M. Willer. — A quelle température?

M. Loup. — Plus élevée que pour l'or.

M. Willer. — Vous n'avez pas eu de fente en pressant sur le caoutchouc?

M. Loup. — Non.

M. Legret. — Combien de couleurs avez-vous?

M. Loup. — Deux seulement.

M. Meng. — En 1889, c'est-à-dire avant la communication de la Société odontotechnique, Parmly-Brown fit ici une démonstration en mettant des talons de porcelaine à toutes les dents.

M. Loup. — Il y a deux ans j'en ai présenté une semblable.

IV. — Etude critique des intoxications par la cocaïne, par M. G. Viau

M. Viau. — Je devais vous lire ce soir un travail original sur cette question, mais, par suite de besoins spéciaux, il a été publié au journal dans le numéro de mars. Quelqu'un a-t-il des observations à présenter ?

M. Frey. — Je n'ai pas de critiques à formuler, mais bien au contraire à adresser des félicitations à M. Viau sur cette étude. Il est bon d'examiner où il y a du danger et quand il y a du danger et de ne rien exagérer, à l'encontre de ce qu'on a fait trop facilement pour la cocaïne.

V. — Des gingivites mercurielles d'origine thérapeutique, par M. Jeay

M. Jeay donne lecture d'une contribution sur cette question, insérée d'autre part.

DISCUSSION

M. Jeay. — Dans nos cours nous avons toujours eu des idées préconçues sur la gingivite mercurielle. J'en ai vu dans des bouches saines et, dans des bouches malpropres, elles persistaient malgré le traitement.

M. Roy. — Je m'étonne que M. Jeay n'ait pas cité les travaux de Galippe qui nie la stomatite mercurielle ; il prétend que l'antisepsie suffit pour faire disparaître les accidents. Je ne suis pas de son avis et je crois qu'il exagère un peu, car, dans les bouches en mauvais état, quelquefois il n'y a pas d'accidents et, si on pratique des injections mercurielles, on y constate la stomatite mercurielle.

L'opinion est que le mercure s'élimine par la salive; mais cela demande confirmation. Au dernier congrès de syphiligraphie à Vienne on a constaté que la salive n'en contient pas, non plus que la glande salivaire. Le médecin qui a fait cette remarque se demande si la salivation mercurielle n'est pas une action réflexe.

M. Jeay. — Alors pourquoi cette saveur métallique ?

M. Frantz. — Le Dr Rabuteau prétend que le mercure pris à dose thérapeutique s'élimine par tous les organes, sauf par la salive. Maintenant, il peut y avoir des petites languettes de gencive décollées qui lui permettent de se déposer.

M. Jeay. — Les injections mercurielles sont une saturation. Le mercure s'élimine par l'urine, dites-vous; mais alors d'où vient cette gingivite mercurielle ?

VI. — Présentation d'une curette pour le sinus, par M. Frey

M. Frey. — Je désire vous montrer une curette fabriquée par

M. Aubry dans le service du Dr Monod pour curetter le sinus dans toutes les directions. Ce qu'elle offre de particulier, c'est son articulation : une boule et une surface plate ; les deux parties sont maintenues par un anneau. Quand on a donné la direction, la curette prend la position voulue.

M. Viau. — L'instrument est très délicat, très soigneusement fait.

La séance est levée à 10 heures 3/4.

Le secrétaire général,
P. Martinier.

REVUE DE L'ÉTRANGER

LA CARIE DENTAIRE SPÉCIALEMENT AU POINT DE VUE DE LA BACTÉRIOLOGIE

Par M. le Dr de Albertis Orazio, de Gênes.

(*Suite et fin.*)

Avec une résection convenable du tissu morbide, on est arrivé, si l'on peut dire, à la moitié du temps. L'autre moitié essentielle à ce premier acte opératoire, c'est la préparation de la cavité, c'est-à-dire sa mise en état de conserver indéfiniment la substance introduite pour l'obturation : dans ce but il faut observer les préceptes suivants : 1° donner à la cavité une forme cylindrique si possible ; 2° limiter la cavité avec des parois résistantes, car il est inutile et dangereux de conserver une portion de dent qui sera condamnée d'un moment à l'autre à se briser en causant la sortie de la matière obturatrice ; 3° il n'est pas besoin de laisser sur les bords de la cavité de la dentine dépourvue d'émail ; si l'on ne tenait pas compte de cette recommandation, l'action chimico-bactériologique s'opérant directement sur l'ivoire, ce dernier subirait bien rapidement une décomposition ultérieure.

Enfin, comme corrélatif de la théorie bactériologique on suggère une thérapeutique spéciale qui, si elle ne se sépare pas en thèse générale de celle qui est communément adoptée, recommande de nouveaux remèdes sanctionnés par la chirurgie moderne. Etant admis que les micro-organismes spécifiques de la carie ont une résistance vitale très forte et une viabilité assez pénétrante leur permettant de traverser facilement l'ivoire, la pulpe, le périoste alvéolo-dentaire et le tissu alvéolaire des agents aseptiques à action longue et diffusible sont indiqués, et quand le moment paraît propice pour en venir à l'obturation, ne pas faire celle-ci définitivement et recourir au contraire à l'obturation provisoire pour pouvoir ouvrir le passage aux micro-organismes qui se seraient développés postérieurement et les détruire ainsi sans nuire à la constitution de la dent. On a constaté que l'infection de l'alvéole peut persister malgré l'extraction et pro-

voquer des complications sérieuses. La solution de continuité une fois laissée dans l'alvéole postérieurement à l'avulsion, la blessure peut d'abord s'infecter et, par la suite, se cicatriser en enfermant dans son sein des colonies de micro-organismes qui, après des mois et des années, peuvent inopinément réveiller des processus inflammatoires en formant des abcès ou des périostites alvéolo-dentaires chroniques. C'est à cause de ces conséquences funestes que Galippe n'admet pas l'obturation définitive. La prétention des dentistes à réussir à pratiquer immédiatement une asepsie rigoureuse et absolue de la partie peut dépendre, selon Galippe, du fait qu'ils n'ont jamais étudié une dent au microscope et qu'ils ignorent les éléments les plus simples de la bactériologie. Nous partageons pleinement les idées de cet auteur. Ainsi la transplantation des dents pratiquée par quelques-uns, de même que la prothèse des dents à pivots, est sujette aux mêmes résultats rappelés tout à l'heure. Les microbes finissent un moment ou l'autre par envahir les parties molles ambiantes.

Pour nous résumer, avec Galippe, Vignal et David, de même qu'avec la majeure partie des micrographes et bactériologistes modernes, on peut conclure que les antiseptiques sont pleinement justifiés dans l'application pour le traitement de la carie dentaire. Et, en raison de la structure anatomique très compliquée de la dent, du nombre, du mode d'entrée et de progrès des micro organismes, on doit employer, comme nous l'avons déjà mentionné les antiseptiques les plus diffusibles et les plus volatils. L'acide phénique, le phénol ont rendu et rendent encore de grands services, mais les efforts des dentistes, en raison de l'importance qu'ont prise les microbes spécifiques de la carie, doivent se tourner vers le chimiste et le bactériologiste pour leur demander les agents chimiques les plus bactéricides, car s'il n'est pas possible d'une manière générale, comme nous le croyons, d'employer, à forte dose, le sublimé corrosif pour l'hygiène, la prophylaxie et les soins de la bouche et des dents, il faut voir s'il y a des huiles essentielles qui soient des succédanés énergiques du sublimé. Il résulte d'un récent travail sur la bactériologie de la bouche dû à Vidal qu'elles ont été introduites à la suite d'expériences. Quelques essences, comme celle de girofle, de thym, de serpolet de géranium de France, d'orégan, de zédoaire, d'absinthe, de santal, de cèdre, etc., auraient empêché l'évolution des microbes après quelques minutes de contact. Nous formons des vœux ardents pour que, si celles-ci sont insuffisantes, on puisse trouver d'autres médicaments permettant d'éviter l'emploi du sublimé, dont nous ne connaissons que trop les funestes conséquences depuis longtemps dans les grandes opérations chirurgicales.

(*Giornale di Corrispondenza pei Dentisti.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACTINOMYCOSE

Dans la sixième séance de la Société des Sciences médicales de Conegliano, dont le compte rendu a été publié dans la *Revue des Sciences médicales*, le Dr Zambonni a communiqué un cas intéressant d'actinomycose des mandibules accompagné d'une préparation microscopique dans laquelle on distinguait nettement les granules caractéristiques avec des massues et des filaments. Il s'agissait d'une dame de 26 ans, de bonne constitution, exempte de maladie héréditaire ou acquise.

En septembre 1890, elle fut prise de douleurs au maxillaire inférieur au niveau des deux dernières molaires de droite. Elle recourut à divers moyens empiriques et, un mois après, elle consulta le Dr Zambonni qui constata une carie étendue des deux dents susdites et une tuméfaction uniforme, dure, quelque peu dolente à la pression, siégeant au procès alvéolaire et à l'angle du maxillaire. Il crut à une périostite causée par la carie. La patiente, se refusant à une opération chirurgicale, fut renvoyée à un autre jour. Elle se représenta chez lui il y a environ un mois et alors se soumit à l'extraction des dents, à l'incision du périoste et à la désinfection du champ opératoire, mais tout cela n'apporta pas le plus petit soulagement à la douleur et la tuméfaction conserva encore le caractère primitif de dureté. Le diagnostic porté se trouvait démenti et remplacé par la possibilité d'une périostite ossifiante ou de tuberculose, ou d'un sarcome. Contre la tuberculose s'élevaient la santé générale de la dame, l'intégrité des ganglions lympathiques voisins, l'absence de suppuration et de fongosité. L'âge, la localisation, la forme de la tumeur militaient en faveur d'un ostéo-sarcome ; aussi, dans cette pensée, le docteur proposa-t-il la désarticulation de la moitié droite du maxillaire. Cette proposition ne fut pas acceptée et la dame se retira.

Il la revit quatre mois après, ayant notablement dépéri, la tuméfaction faisait saillie à l'extérieur avec la dureté accoutumée ; la fermeture de la mâchoire empêchait la mastication, deux nouvelles grosseurs presque fluctuantes, une le long du sterno-cleido-mastoïdien droit, l'autre sur le pariétaire du même côté ; exophtalmie apparente. Sous la chloronarcose il fendit les deux abcès et il en sortit du pus épais, granuleux, à l'examen duquel il vit clairement le diagnostic. L'étendue du mal déconseillait toute intervention chirurgicale. Peu à peu se manifestèrent des paralysies périphériques dans le domaine des nerfs cérébraux et puis des méningites cérébro-spinales qui amenèrent la mort de la patiente. La durée de la maladie fut de 6 mois. A l'autopsie on constata des foyers d'actinomycose à la base du crâne et un peu plus étendus au foramen sphéno-palatin.

Une particularité digne de remarque, c'est que le médecin traitant, quand le diagnostic était encore incertain, pratiqua sur la malade deux injections avec la lymphe de Koch, d'un centigr. chacune, et obtint la réaction typique de la tuberculose.

L'actinomycose attaque le bœuf fréquemment à la mâchoire et constitue ce que les vétérinaires appellent le sarcome du bœuf. De même, chez l'homme, le siège le plus fréquent c'est la cavité bucco-pharyngienne et de là le germe se propage jusqu'aux appareils digestif et respiratoire, et par la voie des vaisseaux, au cerveau, aux os, à la peau.

La contamination résulte du contact avec un animal infecté et ensuite de l'alimentation avec des viandes actinomycosées ; quelques auteurs croient aussi à la contamination par l'eau potable ou par les légumes frais.

Dans les tissus organiques, le germe provoque de petits abcès entourés de tissu néoplastique épaissi et qui donne au toucher la sensation d'un corps dur ; cette enveloppe favorise parfois l'isolement du parasite.

Le traitement est purement chirurgical, quand les conditions anatomiques permettent une ouverture suffisante des foyers avec un large grattage des parois voisines et des irrigations puissamment antiseptiques.

Ce qui intéresse le plus c'est la prophylaxie ; on recommande à cet effet une bonne cuisson des viandes ; l'hygiène de la bouche et des dents ne doit pas être négligée, parce que la carie dentaire est la porte d'entrée de l'actinomycose. L'inspection rigoureuse des viandes de boucherie est indispensable à ce point de vue, car il est hors de doute que la chair d'animaux tuberculeux est moins dangereuse que celle des animaux actinomycosés. M. Grandeau, en France, porte toute son attention sur les viandes salées et conservées provenant d'Amérique où l'actinomycose bovine est endémique. Il faut espérer que, suivant les prescriptions de cet hygiéniste, ces viandes importées devront sublir un examen microscopique

(*Il. Progresso Dentistico.*)

ENCORE UN CAS SUR LA QUESTION DE L'INFECTION DE L'ACTINOMYCOSE PAR DES DENTS CARIÉES

Par M. le Dr Iszlai, de Buda-Pesth.

Le cas s'est présenté chez un jeune homme de 20 ans environ, qui depuis un an souffrait d'une fistule dentaire submaxillaire gauche.

L'examen macroscopique, aussi bien que l'examen microscopique, établit l'actinomycose. Cependant après un examen régulier et attentif de la deuxième molaire correspondant à cette région, qui eut lieu après l'extraction de celle-ci, on trouva de la carie dentaire à un haut degré et une destruction de la pulpe avec un épaississement sans ramollissement frais de la membrane radiculaire, mais sans la moindre trace d'actinomycose soit dans la dent, soit dans son voisinage. Il faut remarquer que, 3 ou 4 ans auparavant, cette dent avait montré de la périodontite avec une tumeur, qui avait disparu cependant

en quelques semaines sans intervention médicale, et depuis le patient n'avait plus rien senti dans la région pendant plus de 2 ans jusqu'à ce que, il y a un an, presque sans douleur, la fistule se forma et fut guérie par le traitement convenant à l'actinomycose par le Dr G. Bartha.

Suivant moi, ce cas fournit de nouveau la preuve que la porte d'entrée pour les infections de ce genre ne peut pas être la dent cariée elle-même, car, en supposant qu'il en soit ainsi, on aurait trouvé des traces d'actinomycose sinon dans la dent, au moins dans son voisinage immédiat, et non à une distance passablement grande, c'est-à-dire au-delà de la zone de séparation des lamelles osseuses saines intéressées du maxillaire inférieur, tandis que la préparation à recevoir le champignon par le ramollissement des parties molles comme conséquence du processus de périodontite préalable est très vraisemblable.

(*Odontoskop.*)

L'EAU OXYGÉNÉE COMME AGENT THÉRAPEUTIQUE POUR LE BLANCHIMENT DES DENTS

Par M. P. Starke.

Aucun agent n'a peut-être autant attiré l'attention ou aussi bien répondu aux espérances que l'oxygène sous différentes formes. Le trait le plus remarquable est la liberté absolue avec laquelle on peut l'employer sur les tissus du corps sans effets nocifs et, tandis qu'il est tenu en la plus haute estime par beaucoup, il n'est condamné par personne.

On ne peut en dire autant de tout autre remède. Pour tous les besoins de la pratique nous sommes entourés d'une atmosphère d'oxygène à laquelle nous devons sans doute la guérison de nos maladies et de nos blessures. Mais l'expérience a prouvé que l'oxygène, au moment où il est dégagé de l'un de ses composants, présente une affinité qui n'est pas satisfaite et devient plus actif qu'à l'état libre dans l'atmosphère. L'eau oxygénée est un composé chimique très instable, dont l'oxygène est rapidement dégagé par le contact avec des substances ayant de l'affinité pour lui. Les impuretés qu'on y trouve le plus fréquemment sont l'acide sulfurique et l'acide hydrochlorique.

Convenablement employé, il peut être considéré comme un agent des plus actifs et des plus exempts de nocivité que nous possédions pour stériliser les substances qui se putréfient, après quoi il est sans autre action sur les tissus ; à cet égard il diffère de la créosote, de l'acide phénique, du bichlorure de mercure et d'autres antiseptiques qui dépendent de leurs propriétés toxiques et de leurs effets caustiques et irritants pour leurs vertus antiseptiques et présentent du danger sous la forme concentrée. On peut se fier à lui comme à l'antiseptique et le désinfectant le plus efficace dans le traitement des abcès en se

frayant une voie d'abord jusqu'à la cavité de l'abcès, en injectant l'eau oxygénée et en répétant jusqu'à ce qu'il n'y ait pas de réaction; mais il ne saurait, bien entendu, guérir un abcès à l'extrémité de la racine si on le place simplement dans une cavité de la couronne.

Il rend également service dans le blanchiment des dents décolorées et offre l'avantage d'être entièrement inoffensif et sans action chimique sur la structure de la dent, il n'irrite pas les tissus de la bouche, n'amène aucune autre décoloration et n'exige aucun instrument particulier pour l'introduction des obturants après son emploi, non plus que l'enlèvement des obturations contiguës pour empêcher l'action chimique sur leurs métaux avec les taches qui en résultent.

Pour obtenir les meilleurs résultats de l'eau oxygénée, ne pas perdre de vue les points suivants :

1° Il faut la conserver dans des flacons de verre bouchés à une température ne dépassant pas 21°, quoique en dilution elle puisse se conserver à une température plus élevée sans se décomposer ;

2° La présence d'acides retarde son action et celle d'alcalis la hâte ;

3° Son action est hâtée en proportion de sa concentration et si on l'emploie en très petite force pour le blanchiment, cela peut exiger beaucoup de temps ;

4° Les impuretés les plus communes étant l'acide sulfurique et l'acide hydrochlorique, le premier peut être découvert par l'addition d'une petite quantité d'eau de baryte, le second par une solution de nitrate d'argent, et, dans les deux cas, il se forme un précipité blanc si l'acide indiqué est présent ;

5° Employé pour les abcès et les autres états morbides, elle doit être portée sur les parties malades, car, contrairement à la créosote et à l'acide phénique, elle ne possède aucun pouvoir curatif si elle est appliquée sur les parties éloignées comme contre-irritant;

6° On doit la réappliquer tant qu'il se dégage des bulles de gaz.

(*Southern Dental Journal.*)

MACHOIRE SANS DENTS

Par M. Scott Foster.

Comme l'absence totale des dents permanentes ne se présente que très rarement et est considérée même comme impossible par quelques spécialistes, il peut être intéressant pour bien des collègues d'avoir un rapport sur deux cas de ce genre qui se sont présentés dans ma pratique. Comme les sujets sont encore vivants, si on le désirait je pourrais fournir des renseignements encore plus détaillés sur ces cas.

Le premier s'est produit chez Mlle S-s, âgée de 18 ans, fille d'un ingénieur de la marine. Elle me consulta au printemps de 1888 et me déclara qu'elle était incapable de mâcher des aliments quelcon-

ques. En examinant attentivement la bouche je ne remarquai que dix dents temporaires, en grande partie cariées à un haut degré et fortement branlantes pour la plupart. Sur ma demande, la patiente répondit qu'elle n'avait jamais possédé d'autres dents. J'avulsai toutes les dents et toutes les racines et je confectionnai un dentier artificiel que la patiente porte encore. Ses cheveux sont fins et n'ont pas tout leur développement.

Le frère de cette jeune personne, qui est employé dans une maison de banque, me consulta en octobre 1891. Je ne trouvai dans sa bouche que quatre dents canines et il m'assura qu'il n'avait jamais eu d'autres dents. Je les enlevai et je confectionnai un dentier pour ce jeune homme. Les cheveux étaient courts, mais durs et grossiers comme des crins de cheval.

Les visages de ces deux patients ressemblaient à ceux des vieilles gens : menton pointu, lèvres pendantes, pommettes étroites. La vue, le goût et l'odorat avaient leur développement normal; il en était de même de la taille et du poids du corps. Tous deux étaient intelligents et bien élevés. Chez leurs pères et leurs sœurs il y avait de petites anomalies, mais à un degré beaucoup moins marqué.

Chez Mlle S-n. fille d'un capitaine de vaisseau et cousine de la précédente, je remarquai l'absence de plusieurs dents permanentes ; ses cheveux étaient minces et faiblement développés. Comme les mères de ces deux jeunes filles étaient sœurs, cela pourrait être considéré comme une preuve que la disposition à l'hérédité venait du côté maternel ; seulement les dents de la mère de la dernière patiente étaient normales sous tous les rapports. Le grand père maternel a des dents magnifiques et la grand'mère, âgée de 82 ans, jouit d'une bonne santé. Mlle S-n. doit se marier ; si elle a des enfants, il serait intéressant de voir s'ils ont le même défaut.

(*Journal of the British Dental Asssociation.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LA LÉGISLATION DENTAIRE DANS LE ROYAUME D'HAWAI

Le *Bulletin officiel* d'Honolulu (îles Hawaï) publie une loi approuvée par la reine et le Parlement du royaume le 19 décembre 1892, réglementant l'exercice de la dentisterie et entrant en vigueur à cette date.

Cette loi contient en substance que cet exercice n'est permis qu'aux personnes pourvues d'un diplôme délivré par un jury d'examinateurs dentaires.

Ce jury est composé de trois membres, un médecin et deux dentistes, nommés par le ministre de l'Intérieur et restant en fonctions un, deux et trois ans, ensuite trois années, sans aucune indemnité.

Il a pour mission de délivrer des diplômes à toute personne pratiquant actuellement la dentisterie qui, dans les soixante jours suivant la promulgation de la loi, déposera une demande affirmant sous serment, appuyée de la déclaration de deux ou plusieurs citoyens honorables, qu'elle pratique cet art depuis deux ou plusieurs années dans le royaume. Il en délivrera également aux personnes le pratiquant dans le royaume, qui produiront dans le même délai une demande écrite et subiront avec succès un examen de médecine et de chirurgie dentaires, ainsi qu'à celles en exercice dans le pays, présentant dans les soixante jours un diplôme d'une école dentaire honorable. Il les délivrera enfin, postérieurement à ce délai, aux personnes pourvues d'un diplôme de cette nature ou qui passeront un examen suffisant.

Les diplômes délivrés par ce jury seront enregistrés par le ministre de l'Intérieur.

Les infractions à cette loi seront punies d'une amende de cent dollars au minimum et 500 au maximum.

Les dispositions de la loi ne doivent pas être interprétées comme interdisant l'extraction des dents en cas de nécessité.

On sait qu'il est question de l'annexion des îles Hawaï aux Etats-Unis. La population de ces îles est d'environ 80.000 habitants, dont 23.000 blancs, 17.000 chinois, le reste indigène.

On compte 9 dentistes dont plusieurs Américains.

(Extrait de *The Dental Tribune.*)

LA DENTISTERIE EN HONGRIE

Il existe en Hongrie deux catégories de personnes se livrant à la pratique de la dentisterie actuellement :

1° Les docteurs en médecine qui ont obtenu leur diplôme à la suite d'études longues et pénibles dans une université et qui se consacrent à l'art dentaire ;

2° Les mécaniciens-dentistes qui, après avoir travaillé plusieurs années chez un dentiste, deviennent leur propre patron et ouvrent un cabinet.

Les droits du docteur ne sont restreints en aucune façon, bien entendu; il agit sans contrôle et opère dans la bouche de ses patients sans que l'Etat lui demande la moindre garantie de capacité en odontotechnie. Point d'écoles dentaires où l'étudiant puisse apprendre non seulement la science, mais encore l'art mécanique lui-même. Depuis trois ou quatre ans, il est vrai, une section dentaire a été adjointe à l'Université de Buda-Pesth. Les docteurs la fréquentent à leur gré pendant deux ou trois mois et y acquièrent quelques vagues idées d'extraction, d'obturation et de dentisterie opératoire. La dentisterie mécanique est étudiée d'une manière absolument accessoire et n'est qu'une occupation secondaire à laquelle ils se livrent de temps en temps pendant quelques heures.

Telle est la préparation du docteur aux exigences de la pratique

dentaire. Sans aucune préparation spéciale le docteur en médecine devient ainsi dentiste.

Quant au mécanicien-dentiste, il travaille aux côtés d'un mécanicien habile qui lui apprend l'emploi des instruments, la fonte, le polissage, la combinaison et le travail des métaux et des alliages employés en dentisterie, les propriétés de toutes les substances utilisées pour la confection des dents et des dentiers artificiels, la prise des empreintes et l'ajustage des dentiers dans la bouche. Par contre, il n'a ni l'occasion ni le droit d'acquérir des connaissances théoriques, de sorte que l'extraction et l'obturation lui sont interdites.

On peut imaginer les conséquences désastreuses d'un pareil état de choses et d'une pareille division du travail.

C'est la législation dentaire, qui n'est nullement rationnelle, qui en est cause, et c'est elle qu'il importe de réformer, suivant en cela les excellents exemples de l'Angleterre, de l'Amérique et de la France. Il faut fonder une école dentaire rattachée à l'Université de Buda-Pesth pour y enseigner la dentisterie opératoire et la prothèse.

(Résumé du *British Journal of Dental-Science.*)

CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO

Le Comité exécutif du Congrès rappelle aux bureaux des Sociétés dentaires que les adhérents de celle-ci désireux d'obtenir le titre de *membre du Congrès* feront bien de se munir d'un certificat attestant leur qualité, à présenter, avec la cotisation de 10 dollars, au Secrétaire général du Congrès — M. A. W. Harlan, 1000 Masonic Temple, Chicago — ou au Secrétaire du Comité général exécutif — M. A. O. Hunt, Iowa City — chargés de la délivrance des cartes des membres.

La cotisation n'est dûe que par les dentistes résidant aux Etats-Unis.

Les dentistes de l'étranger qui voudront être membres du Congrès en adresseront la demande au Président ou au vice-président honoraire du bureau de leur pays, qui ont qualité pour apprécier s'ils méritent cette admission et pour la prononcer et qui rempliront à cet effet un bulletin qu'ils délivreront aux impétants. Ce président ou ce vice-président feront connaître, pour le 15 juillet, au Président du Comité de l'inscription (M. G. Carleton Brown, Elizabeth, New Jersey) les noms des praticiens qu'ils auront admis afin que leurs cartes de membres puissent être établies.

Les démonstrations pratiques devant former un des attraits principaux du Congrès, le Président de la Commission des démonstrations désire que tout ce qui a quelque valeur en dentisterie opératoire en fasse partie. Il invite donc les membres de la profession à lui faire connaître les procédés de quelque mérite qui ont été imaginés dans les trois dernières années, avec le nom et l'adresse de leur auteur.

Dr C. F. W. Bodecker, président, 60 East 58 th. Street, New-York.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — Traitement de la syncope par le chloroforme

Un confrère russe, le Dr Bobrof, après avoir passé en revue les méthodes employées, discuté les résultats de son expérience personnele, arrive à formuler les conclusions suivantes:

1° Aux moyens plus ou moins irrationnels ou incertains doivent être rapportés : l'aspersion avec l'eau froide, les compresses d'eau froide, la flagellation, les frictions, la titillation dans le nez, la respiration de l'ammoniaque, la glace dans le rectum ou les lavements irritants, la saignée, l'insufflation de l'air dans la bouche ou dans la trachée, la trachéotomie, utile seulement dans l'asphyxie, l'injection sous-cutanée de strychnine, d'atropine, d'ammoniaque, de digitaline, d'éther, d'alcool, la respiration de nitrite d'amyle, l'enfoncement d'aiguilles dans l'épaisseur du cœur.

Aux moyens utiles ou inoffensifs se rapportent : l'abaissement de la tête du malade, la transfusion du sang, l'injection sous-cutanée et à la rigueur intra-veineuse d'une solution physiologique de chlorure de sodium, l'électrisation du nerf phrénique et la respiration artificielle.

L'injection sous-cutanée d'éther et d'alcool, ainsi que l'inspiration du nitrite d'amyle, absolument nuisible, doit être complètement abandonnée. Un moyen bon et inoffensif, c'est l'injection d'une solution salée qui augmente la pression sanguine et l'activité cardiaque. Une solution doit toujours être prête à chaque chloroformisation. Si l'action de la solution salée est insuffisante, on peut avoir recours à la transfusion. Si la respiration s'arrête simultanément, on commence, sans tarder, la respiration artificielle.

(*Gaz. des Hôpit. de Toulouse.*)

II. — Falsification de la gaze iodoformée

L'étiquette portait : gaze iodoformée à 30 0/0, et en réalité elle n'en contenait que 8. — Mais la couleur avait été rehaussée par une dissolution d'acide picrique.

Cette dangereuse falsification — dangereuse par la substitution d'un produit inerte à un produit actif — est d'ailleurs pratiquement facile à dévoiler. Il suffit de tremper la gaze dans l'eau pendant quelques instants : celle-ci n'est pas colorée par l'iodoforme qui ne s'y dissout pas. Toute coloration mettra sur la voie d'une falsification par un produit coloré, et notamment par l'acide picrique, dont la puissance colorante est très grande et que l'on pourra au besoin reconnaître par ses réactions.

(*Union médicale* et *Journal des sc. méd. de Lille.*)

III. — Traitement antiseptique des oreillons

Bien que le microbe spécifique de cette maladie soit encore inconnu, les allures cliniques des oreillons, leur épidémicité et leur contagiosité sont celles d'une affection à microbes, d'où la médication suivante :

Localement, applications émollientes, cataplasmes antiseptisés par l'acide phénique, ou mieux ouate boriquée en applications combinées avec des onctions d'huile camphrée ou de glycérolé d'amidon additionné d'opium.

A *l'intérieur*, le calomel comme purgatif :

Calomel	20 cent.
Poudre de scammonée	10 —
Sucre	q.-s.

Pour quatre paquets. A prendre en quatre fois, à une heure d'intervalle.

De plus, d'heure en heure, une cuillerée à bouche de la potion antiseptique et antithermique de Bouchard.

Acide phénique	50 cent.
Sulfate de quinine	āā 2 gram.
Acide salicylique	āā 2 gram.
Rhum	125 —

F. s. a. (*Revue de th. et de clin.*)

IV. — Pate contre les douleurs nerveuses

A. Pelscher prend 3 à 5 gr. d'huile d'œillet, y ajoute 1 gr. de cocaïne et 1 gr. de thymol et mélange le tout dans une tasse jusqu'à ce que les deux dernières substances se soient dissoutes, après quoi il ajoute encore 1 gr. d'acide arsénieux et verse le mélange jaunâtre ainsi obtenu dans un petit flacon. L'arsenic s'accumulant très vite sur le fond, on place dans le flacon un petit pilon en bois. Avant de l'employer, il faut mélanger soigneusement la masse jusqu'à ce qu'on ait obtenu de nouveau un liquide de lait jaunâtre dont on imprègne une boulette de ouate que l'on met sur la pulpe, en recouvrant le tout de solution de mastic comme à l'ordinaire. La douleur se dissipe à l'instant. Le remède est très bon marché.

V. — Solution pour l'anesthésie locale (Dobisch).

Chloroforme	10 grammes.
Ether sulfurique	15 —
Menthol	1 gramme.

Mêlez. — A l'aide de l'appareil de Richardson, on pulvérise ce liquide sur la région où l'opération doit être pratiquée. Au bout d'une minute déjà l'anesthésie est complète et se maintient telle pendant deux à six minutes. — Les points de suture eux-mêmes peuvent être appliqués sans provoquer de douleur. — N. G.

(*L'Union médicale.*)

VI. — Lotion contre les brulures (De Backer).

Acide phénique....................	10 grammes.
Glycérine..........................	250 —
Eau distillée.........................	250 —

Faites dissoudre. — Cette solution s'emploie en lotions contre les brûlures de tout genre. On les renouvelle toutes les six heures.

Le docteur Rottenberg conseille de traverser les phlyctènes avec un fil de soie préparé au sublimé et qu'on y laisse à demeure. Cela fait, il étale sur la brûlure, une épaisse couche de vaseline à l'iodoforme (10 0/0) et dispose par-dessus une enveloppe imperméable. Ce pansement est refait tous les jours. — N. G.

(*L'Union médicale.*)

VII. — Pommade contre les gerçures

Menthol..........................	0 gr. 75 centigr.
Salol.............................	1 gr. 50 —
Huile d'olives....................	15 grammes.
Lanoline.........................	45 —

F. s. a. une pommade, conseillée contre les gerçures des mains. — Une première application atténue la douleur et adoucit la peau. Plus tard, les crevasses disparaissent après un emploi régulier de la pommade une ou deux fois par jour. — N. G.

(*L'Union médicale.*)

MISCELLANEA

I. Mort pendant l'anesthésie. — II. Autre mort pendant l'anesthésie. — III. Un cas d'hémorragie aiguë de la luette. — IV. Etiologie de la leucoplasie buccale. — V. Inhibition du hoquet par une pression sur le nerf phrénique. — VI. Ulcération destructive du nez. — VII. Empyème du sinus frontal gauche. Trépanation du sinus. Formation d'un nouveau canal naso-frontal. — VIII. Ostéite infectieuse du maxillaire inférieur droit consécutive à l'extraction d'une grosse molaire; formation et extraction d'un volumineux séquestre; examen histologique.

I. — Mort pendant l'anesthésie

On écrit d'Olmutz : La femme du conseiller municipal Borée vient de mourir pendant une narcose au pental pour l'extraction d'une dent. Cet événement a provoqué un grand émoi et des centaines de personnes se sont rassemblées devant la maison du médecin-dentiste. L'anesthésie au pental était considérée jusqu'à présent comme tout à fait sans danger. Le praticien est exempt de faute car il avertit la patiente avant d'anesthésier, mais celle-ci persista à vouloir être endormie.

(*Zahntechnische Reform.*)

II. — Autre mort pendant l'anesthésie

Le fils d'un propriétaire, âgé de 14 ans, avait à se faire arracher une dent chez le médecin-dentiste D'ham, à Soest. Comme il avait peur, il fut chloroformé, l'extraction eut lieu dans de bonnes conditions; mais l'enfant ne se réveilla pas; il était mort pendant l'anesthésie.

(*Zahntechnische Reform.*)

III. — Un cas d'hémorragie aigue de la luette

Il s'agit d'une dame pour laquelle le docteur Le Jeune fut appelé en

toute hâte, et qui venait, disait-on, d'avaler pendant son souper quelque chose qui lui était resté à l'entrée de la gorge. La malade était en proie à une vive anxiété, la voix était à peine changée et la respiration normale.

La sensation de corps étranger s'était déclarée brusquement, en avalant, et depuis, les mouvements de déglutition étaient devenus difficiles et douloureux. Tout l'isthme du gosier avait une coloration normale, mais la luette était énorme. Son extrémité violacée, de la grosseur d'une moyenne olive, traînant sur la base de la langue, venait d'être le siège d'une hémorrhagie aiguë. Cette dame, très musicienne, était restée pendant un temps assez long sans exercer sa voix. Elle voulut, deux jours auparavant, se remettre à chanter, et, pour rendre à ses cordes vocales leur élasticité antérieure, elle avait fait des efforts qui fatiguèrent tellement le voile du palais qu'ils occasionnèrent, par tension exagérée et continue, une congestion suivie d'une hémorragie brusque de la luette. Une ponction au bistouri amena sur le champ un soulagement complet.

L'hémorragie se reproduisit quelques instants après, mais cessa rapidement, et la luette reprit sa conformation normale.

(*Rév. de laryng.* et *Union médicale.*)

IV. — Etiologie de la leucoplasie buccale

M. W. Erb (d'Heidelberg) a observé 240 cas de leucoplasie buccale, dont deux seulement chez des femmes. La syphilis a été observée dans 80 °/₀ des cas (les deux femmes étaient syphilitiques). De ces 240 malades atteints de leucoplasie, 148 seulement ont été interrogés au point de vue de l'usage du tabac, et voici le résultat des investigations portant sur les deux facteurs étiologiques : syphilis et tabac :

Syphilis seule......	36 cas
Tabac seul.........	37 —
Syphilis et tabac...	64 —
Ni syphilis ni tabac	11 —
Total.	148 cas

Les conclusions de M. Erb sont les suivantes :

1° L'usage du tabac seul et la syphilis seule peuvent causer la leucoplasie buccale, et, à peu près, avec la même fréquence ;

2° Le plus grand nombre des cas résulte de la combinaison de ces deux facteurs étiologiques ;

3° Les plaques de leucoplasie se rencontrent rarement en l'absence de l'une de ces deux causes, et elles résultent alors d'une cause d'irritation jusqu'ici méconnue ;

4° Le tabac ne cause guère, à lui seul, la leucoplasie buccale que lorsqu'il est fumé sous forme de cigares nombreux et forts; un usage modéré du tabac n'a pas les mêmes conséquences ;

5° Mais, chez un syphilitique, un usage très restreint du tabac suffit à éveiller cette lésion buccale.

(*Münch. med. Wochenschr.*, n° 42, et *Bulletin médical.*)

V. — Inhibition du hoquet par une pression sur le nerf phrénique

Il y a 5 ans, je fus consulté pour une petite fille de 12 ans atteinte, depuis un an, de hoquet incoercible, se produisant toutes les demi-minutes, entravant le sommeil, la nutrition et amenant le dépérissement de l'enfant. On avait prescrit en vain les antispasmodiques. L'idée me vint de comprimer fortement le nerf phrénique gauche entre les deux attaches sterno-claviculaires du muscle sterno-cléido-mastoïdien. La compression digitale, assez douloureuse, dura 3 minutes; au bout de ce

temps, le hoquet avait complètement disparu et je fus surpris de constater qu'il ne s'est plus reproduit depuis cette époque.

J'ai, depuis lors, appliqué un grand nombre de fois cette méthode pour faire disparaître des hoquets chroniques ou aigus, résistant à tout autre traitement.

J'ai toujours réussi, en comprimant pendant quelques minutes, quelques secondes dans certains cas, le nerf phrénique au point indiqué.

Cette méthode me semble constituer une application intéressante des recherches de Vulpian, de M. Charcot et de M. Brown-Séquard sur l'action thérapeutique de l'excitation des nerfs périphériques.

(Dr Leloir, *Gazette des hôpitaux.*)

VI. — Ulcération destructive du nez

M. Balade présente à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux une malade de soixante-dix ans atteinte d'une lésion qui a dévoré l'aile droite du nez, fendu en deux parties la lèvre supérieure et détruit la région correspondante de la voûte palatine ainsi que de la cloison.

L'affection avait débuté, il y a quinze ans, par un petit bouton sur la partie droite de l'aile du nez et qui, à la suite d'une cautérisation, avait disparu. Il récidiva un an plus tard, disparut de nouveau sous l'influence du même traitement; depuis dix ans il est revenu, résistant à tous les traitements qui n'ont pu l'empêcher de s'ulcérer. L'ulcération a gagné d'une façon lente, mais continue; la malade n'est pas syphilitique, il n'y a donc rien à attendre de l'iodure de potassium. Quel traitement conseillerait-on au présentateur?

M. Lagrange dit qu'il a eu à traiter deux cas de lupus moins graves que la lésion présentée par M. Balade. Il a gratté la partie malade, il a scarifié la surface et badigeonné à la teinture d'iode; en trois semaines il y eut guérison.

M. Vergely a traité des lupus par des tampons imbibés d'acide acétique ou de liqueur de Van Swieten maintenus d'une façon permanente.

(*Gazette des Hôpitaux de Toulouse.*)

VII. — Empyème du sinus frontal gauche. Trépanation du sinus. Formation d'un nouveau canal naso-frontal

A la suite d'une pneumonie par influenza, une femme d'environ 60 ans voit se développer à la région frontale du côté gauche de violentes douleurs suivies de la tuméfaction des parties; l'incision simple évacue un peu de pus et amène une amélioration. Des poussées inflammatoires successives ont lieu et une fistule s'établit au niveau de la première incision. Cette fistule communique avec le sinus frontal; elle oblige le docteur Sacchi à trépaner ce diverticulum dont le contenu ne s'écoule plus dans la cavité nasale, devenue trés sèche du côté malade. L'opération est faite dans la région antéro-supérieure de la cavité orbitaire. Le sinus une fois ouvert avec la curette de Volkmann, le chirurgien enlève une certaine quantité de pus durci semblable à une masse caséeuse, et quelques séquestres; la désinfection complète est pratiquée. En cherchant alors l'orifice supérieur du canal naso-frontal, M. le docteur Sacchi ne put le trouver et dut en refaire un autre avec un perforateur cranien en pénétrant de haut en bas du côté externe au côté interne, creusant ainsi la paroi interne du canal. Des injections montrèrent que la communication nasale était rétablie et, par la suite, cette voie nouvelle resta perméable, après toutefois que l'auteur eut enlevé quelques petites masses polypeuses qui, un peu plus tard, avaient momentanément interrompu le drainage des deux cavités. (Millot-Carpentier.)

(*L'Union médicale.*)

VIII. — Ostéite infectieuse du maxillaire inférieur droit, consécutive a l'extraction d'une grosse molaire; formation et extraction d'un volumineux séquestre; examen histologique

Par le Dr V. Galippe.

Le 21 mars 1892, se présentait à ma consultation de l'hôpital des Enfants-Malades un patient de l'hôpital Necker, employé à la Compagnie de l'Ouest et âgé de 37 ans. Le malade a les cheveux roux, le teint blafard, son état général est loin d'être satisfaisant. Il me raconte ce qui suit: Il avait une grosse molaire cariée dont la pulpe était à nu, ce qui lui causait de très vives souffrances. Il se décida à la faire extraire. L'opération eut lieu le 4 février. *Deux heures après*, il se produisit au niveau de la joue et du maxillaire inférieur droit un gonflement considérable, accompagné de contracture des maxillaires et de vives douleurs. Un médecin consulté conseilla des lavages à l'eau boriquée. Le malade ne voyant pas sa situation s'améliorer retourna chez le dentiste qui l'avait déjà opéré. Celui-ci, constatant que les deux grosses molaires que portait encore le maxillaire inférieur droit étaient fort ébranlées et en partie éliminées de leur alvéole, les enleva aussitôt.

En dépit de ces extractions l'état du malade ne s'améliorait pas et il avait la sensation d'un corps étranger au point même où la triple extraction avait été faite. Cet homme entre à l'hôpital Necker le 14 mars. Des tentatives d'extraction furent faites, me dit le malade, mais sans succès. Au moment où je le vis, la région du maxillaire d'où on avait extrait les dents présentait des fongosités nombreuses comblant en partie les alvéoles. Par la pression on faisait sortir du pus et du sang. L'odeur de la bouche était infecte. Je sentis au fond de l'alvéole, dans les points occupés primitivement par la deuxième et la troisième grosses molaires, un séquestre volumineux et suffisamment mobile pour être extrait. J'employai un davier à dent de sagesse inférieure et je ramenai un séquestre d'un volume de 2 centimètres cubes environ. La perte de sang fut peu considérable. La contracture des maxillaires, assez facilement vaincue, n'avait pas apporté un réel obstacle à l'extraction. Je lavai la cavité formée par cette extraction avec des substances antiseptiques énergiques et je prescrivis au malade des bains locaux phéniqués et thymolisés. Les souffrances éprouvées par le malade depuis le 4 février avaient immédiatement cessé et celui-ci se croyait guéri. Deux jours après l'opération, il se sentit repris de douleurs au niveau du maxillaire inférieur droit. La joue, qui avait diminué de volume, s'indura de nouveau. Je revois le malade cinq jours après l'opération, il a un abcès un peu en avant de l'angle du maxillaire inférieur droit. La peau est très amincie, la fluctuation évidente. Je fis une ponction et il s'écoula une quantité assez considérable de pus et de sang. L'introduction d'un stylet ne me permit pas d'arriver jusqu'au point malade. Je laisse un drain dans l'ouverture cutanée et je pratique de nouveau un pansement antiseptique de la cavité produite dans le maxillaire par l'extraction du séquestre. De ce côté, du reste, tout va bien. A l'aide d'une curette j'enlève quelques petits séquestres. L'état général du malade laissant à désirer en raison de l'état infectieux de la cavité buccale et des produits septiques qu'il a absorbés, je lui prescris du sulfate de quinine, comme tonique et antiseptique.

Pendant deux jours, la suppuration persista. Le 28 mars, elle était très faible, mais il restait de l'empâtement au niveau du maxillaire. La peau n'est point mobile sur le maxillaire. Du côté de la cavité buccale l'induration allait jusqu'au niveau de la canine inférieure droite. Même traitement. Le 1er avril, j'enlève, par l'ouverture cutanée, plusieurs petits

séquestres; j'en retire également par la cavité buccale. A partir de ce moment, la suppuration disparaît complètement. Il en est de même du gonflement et de l'empâtement. Le malade ne souffre plus. La plaie buccale se ferme rapidement. Le 8 avril, le malade ne suppure plus.

Je le revois le 11 avril et le 2 mai, la guérison ne s'était pas démentie.

Ce malade m'avait vivement intéressé en raison de la gravité des accidents qu'il avait présentés et de l'obscurité des causes qui les avait provoqués.

J'ai fait l'examen histologique du séquestre et voici ce qu'il m'a été permis de constater :

La substance osseuse présente les lésions ordinaires de destruction propres à l'ostéite raréfiante. Les cavités médullaires et vasculaires sont agrandies et d'une façon générale on distingue le long des parois de ces cavités des anfractuosités dues à des destructions de la substance osseuse. En de certains points on trouve la trace d'ébauches d'un travail réparateur, mais celles-ci ont à leur tour en partie disparu sous l'influence du travail destructif. Il y a donc eu, outre le travail destructif, un travail de réparation, et c'est ainsi que l'on peut expliquer les irrégularités que l'on constate par places dans la disposition des lamelles osseuses.

Aussi bien à la périphérie qu'au centre des préparations, on constate l'existence d'un très grand nombre de micro-organismes (microcoques et diplocoques) d'une extrême ténuité.

Bien que ces micro-organismes semblent exister uniquement, il nous a semblé cependant voir sur un point du séquestre des touffes de leptothrix.

Dans un grand nombre des anfractuosités que nous avons décrites plus haut et même dans les cavités vasculaires, il existe des amas de microbes qui parfois remplissent complètement ces anfractuosités et ces cavités. Il est même permis de se demander si ces anfractuosités ont été produites directement par les microbes, ou si elles résultent du travail d'ostéité raréfiante, travail produit par les cellules ostéophages, lesquelles auraient été détruites à leur tour et remplacées par des colonies microbiennes.

D'après l'examen des lésions que nous venons de décrire, on peut supposer que, sous l'influence de la carie dont l'une des grosses molaires de ce malade avait été atteinte, il s'était fait du côté du maxillaire des poussées d'ostéite déterminant les phénomènes de destruction et de néoformation que nous avons décrits. Comment ces phénomènes d'ostéite sont-ils devenus si promptement aigus ?

On peut invoquer deux hypothèses : soit le traumatisme déterminé par l'extraction, soit une infection nouvelle apportée par l'instrument. Ces deux hypothèses ne s'excluent pas et la soudaineté des accidents inflammatoires peut être expliquée aussi bien par l'une que par l'autre. Dans tous les cas, il est incontestable qu'il s'est fait une poussée infectieuse nouvelle, d'où production du séquestre par l'envahissement rapide des cavités vasculaires et médullaires par les colonies microbiennes.

Cependant cet envahissement si complet des cavités osseuses constaté sur les préparations pourrait aussi avoir été consécutif à la production du séquestre.

Nous rappellerons que le malade avait l'*habitus scrofuleux* et que, chez ces prédestinés, les complications muqueuses et osseuses revêtent presque toujours un caractère de gravité exceptionnelle [1].

(*Journal des Connaissances médicales.*)

---

1. Travail du laboratoire de la Clinique d'accouchements.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

BREVETS D'INVENTION RELATIFS A L'ART DENTAIRE

Brevets américains 1892.

5 juillet.	Nos	478.217.	Ch. E. Blake. Pince.
»	»	478.312.	M. R. B. Creery. Clamps pour moufle.
»	»	478.343.	C. P. Lennox. Instrument.
»	»	478.589.	W. H. Gilbert. Fauteuil.
»	»	478.590.	A. P. Gould. id.
»	»	478.672.	B. M. Wilkerson. id.
»	»	478.871.	J. Johnson. Vulcanisateur.
»	»	478.881.	E. C. Moore. Porte-disque.
»	»	478.943.	Geo. M. O. et J. G. Rehfuss. Pièce à main.
»	»	21.428.	Marque de fabrique. W. E. Barrows. Poudre dentifrice.
19 »	»	478.992.	F. A. Damon. Tour dentaire.
26 »	»	479.407.	John M. Drennan. Seringue.
»	»	479.415.	T. H. et E. Gardner. Fauteuil.
»	»	479.585.	R. E. Cherrington. Appui-tête.
2 août	»	479.796.	Lewis T. Foss. Brosse à dents.
»	»	479.937.	C. W. Fox. Spatule.
»	»	479.948.	F. F. Loomis. Foret électrique.
»	»	480 024.	G. W. Melotte. Coussinet pour chalumeau.
»	»	480.121.	M. S. Nichols. Porte-disque.
9 »	»	480.261.	C. A. Herr. Crochet dentaire.
»	»	480.471.	G. W. Melotte. Coussinet.
»	»	480.472.	G. W. Melotte. Fourneau pour caoutchouc.
»	»	480.678.	C. W. Thomas. Tour dentaire.
»	»	21.771.	C. E. Blake. Emporte-pièce.
»	»	481.164.	F. A. Damon. Tour dentaire.
»	»	21.796.	E. L. Button. Boîte à dentifrice.
»	»	481.479.	J. S. Deardorff. Clamps dentaire.
»	»	481.740.	R. G. Stanbrough. Instrument dentaire.
13 sept.	»	482.377.	J. W. Moffitt. Dent artificielle.
»	»	482.520.	Field et Field. Fauteuil transportable.
»	»	482.552.	W. G. Flanders. Instrument à stériliser.
»	»	482.558.	Maillard. Foret dentaire.
»	»	482.631.	S. S. Fox. Etui pour brosse à dents.
27 »	»	482.942.	D. Drawbaugh. Instrument pneumatique.
4 octobre	»	483.807.	Johnston et Browne. Fauteuil.
11 »	»	484.046.	C. P. Pitman. Digue.
»	»	484.287.	J. C. Blair. Seringue pour vapeur.
18 »	»	484.587.	A. P. Gould. Elévateur pour fauteuil.
»	»	484.747.	L. Stuck. Fauteuil.
25 »	»	484.800.	N. Kuns. Clamp pour la digue.
»	»	485.010.	Ch. W. Jones. Davier.

1er novembre Nos 485.280. G. Juterbock. Amalgame.
» » 485.383. S F. Henkle. Fauteuil.
8 » » 485.609. H. M. Casebeer. Ouvre-bouche.
» » 485.963. C. A. Meister. Clamp pour la digue.
15 » » 486.112. N. Kuns. Redresseur.
6 décembre » 487.647. G. B. Snow. Vulcanisateur.
» » 487.670. J. W. Haughawout. Clamp pour la digue.
13 » » 487.726. J. A. Ellard. Redresseur.
» » 487.843. H. R. Kline. Fouloir pneumatique.
» » 487.973. Benj. Simons. Séparateur.
» » 488.008. J. G. Hollingsworth. Couronnes.
27 » » 488.634. W. D. Porter. Aurification.
» » 488.707. Samuel Cloutier. Fauteuil.
» » 22.259. Marque de fabrique. H. B. Fould. Dentifrice.
» » 22.260. Marque de fabrique. R. Richter. Ciment.

1893

3 janvier » 488.976. W. T. Adams. Moule pour dents artificielles.
» » 489.117. F. H. Berry. Tour dentaire.
» » 489.235. A. S. Richmond. Appareil.
» » 489.416. F. K. Hesse. Tour dentaire.
» » 22.296. Marque de fabrique. J. J. Ottinger. Dentifrice.
10 » » 489.675. A. P. Gould. Fauteuil.
17 » » 490.090. S. C. G. Watkins. Appui-tête.
24 » » 490.516. E. T. Starr. Fauteuil.
» » 490.541. F. E. Case. Appui-tête.
31 » » 490.637. M. Butler. Fauteuil.
» » 490.831. H Loehrs. Brosse à dents.
» » 490.930. R. G. Stanbrough. Appareil à moudre.
7 février » 491.097 et 491.098, A. G. Gould. Fauteuil.
» » 491.099. A P. Gould. Tour.
» » 491.316 et 491,317. Low et Dahl. Manche pour instruments.
» » 491.461. C. E. Blake. Pince.
» » 491.499. S. P. Sharp. Instrument à angle.
» » 221.141. Marque de fabrique. W. H. Farrand. Dentifrice.
14 » » 491.514 à 491.519. C. E. Blake. Pinces.
» » 491 610 et 491.611. D. Stuck. Fauteuil.
» » 491.932. A Whitlock. Pince.
21 » » 492.056. Max Sichel. Ciment.
» » 492.261. A. W. Brown. Tige flexible.
28 » » 492.342 et 492.433. C. E. Rhone. Tour.
» » 492.443. A. S. Richmond. Seringue.
» » 22.452. Marque de fabrique. The S. S. White Dental. Mfg. C. Dentifrice.

(Dental Cosmos.)

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents (G. Viau)

Le formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents que M. Viau, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, vient de faire paraître récemment, se recommande aux lecteurs à plusieurs points de vue.

Ce livre répondait à un besoin ; il n'existait pas jusqu'ici de recueil où l'on put trouver rapidement les formules les plus usitées en art dentaire pour telle ou telle affection et collectionnées avec soin par un spécialiste pouvant les choisir et apprécier leur valeur. Quelques phrases très claires et très concises rappellent au lecteur les traits essentiels des principales affections que le praticien rencontre dans la pratique journalière.

Ces sortes de tableaux schématiques seront très utiles au dentiste pour se remémorer les points les plus saillants de l'affection pour laquelle il consulte ce manuel.

Le médecin y trouvera également un excellent résumé des maladies les plus usuelles de la bouche et des dents. Les quelques mots qui concernent chacune de ces affections portent tous et il pourra être à même, avec les connaissances de pathologie générale qu'il possède, de faire un diagnostic, de soulager son malade et de diriger un traitement de l'une de ces affections.

Enfin l'élève trouvera dans ce petit manuel assez de faits pour être à même de revoir en peu de temps les matières principales de ses examens et au début de sa pratique il appréciera beaucoup les indications thérapeutiques qui y fourmillent.

Comme plan général de l'ouvrage, l'auteur débute par un historique intéressant et humoristique de l'art dentaire en France et montre comment les dentistes ont conquis en quelque sorte le droit de cité.

En second lieu, l'auteur place le formulaire proprement dit, avec les indications principales d'emploi de telle ou telle préparation dans tel ou tel cas. C'est là qu'il rappelle, en quelques mots, les caractères cliniques fondamentaux des principales affections de la bouche et du système dentaire. Une mention particulière doit être faite au chapitre intitulé : De l'anesthésie par la cocaïne. Le praticien y trouvera l'historique et la pharmacologie des préparations de cocaïne, l'action physiologique de ce médicament, les dangers, les moyens d'y remédier, le manuel opératoire des injections de cocaïne et quelques mots sur l'anesthésie locale au moyen d'un nouvel agent, la tropacocaïne, que M. Viau est un des premiers à avoir essayé et appliqué en France.

En un mot, comme on le voit, ce petit livre est indispensable pour le dentiste, le médecin et l'élève; il comble une lacune que tout le monde regrettait et dote la bibliographie de l'art dentaire en France d'un excellent manuel.

NÉCROLOGIE

Mme PRUSSENAR

L'Ecole dentaire de Paris est bien éprouvée depuis quelque temps. La mort frappe sur elle à coups redoublés : membres bienfaiteurs, professeurs, élèves, tous subissent inopinément la loi commune et le résultat est un deuil de plus pour la corporation.

Cette fois, c'est une de nos diplômées dont nous avons à déplorer la perte, Mme Prussenar, enlevée après trois mois d'une douloureuse maladie à l'affection de son mari, diplômé également, et à l'amitié de ceux qui l'ont connue. Cette jeune femme, lauréate de l'an dernier, avait devant elle une carrière brillante qui s'ouvrait en lui souriant et rien ne faisait prévoir une fin aussi prématurée.

Le Conseil de Direction a tenu à témoigner la part qu'il prend à la douleur de notre collègue, M. Prussenar, en envoyant une couronne.

Nous croyons être l'interprète de tous en lui exprimant nos regrets les plus vifs et en l'assurant de notre sympathie.

NOUVELLES

Nous sommes heureux d'apprendre que notre distingué professeur, M. Léon Grimbert, vient de soutenir brillamment sa thèse pour l'obtention du doctorat ès-sciences physiques.

Nos bien sincères félicitations au nouveau docteur.

LES DIPLOMÉS DANS LES HOPITAUX

M. le Dr Queudot, membre de l'Association générale des dentistes de France, vient d'être nommé dentiste-adjoint à La Salpêtrière.

Nous lui adressons toutes nos félicitations.

M. Queudot, moins dédaigneux que ses collègues en stomatologie, est allé chercher à l'Ecole dentaire de France le diplôme de dentiste. Quoique le doctorat soit une *sine quâ non* d'admission, nous considérons cette nomination comme de bon augure pour l'entrée des futurs chirurgiens-dentistes diplômés de l'Etat dans les services des hôpitaux.

F. T.

STATISTIQUE DES NARCOSES

Au Congrès de chirurgie tenu dernièrement à Berlin, le conseiller secret Gurlt présenta un rapport sur la statistique des narcoses. Ses chiffres embrassent les trois dernières années et portent sur un total de 157.815 narcoses, faites par 62 opérateurs différents, suivies de 53 cas de mort, c'est-à-dire 1 pour 2.900. Les diverses anesthésies se décomposent ainsi :

Chloroforme..............	130.609	narcoses.	46 morts.
Ether....................	14.506	»	néant.
Ether et chloroforme........	4.118	»	1 mort.
Ether, chloroforme et alcool..	3.446	»	néant.
Bromure d'éthyle...........	5.538	»	1 mort.
Pental....................	597	»	3 morts.

COMITÉ DE SOUSCRIPTION

POUR ÉLEVER UN MONUMENT

Sur la tombe du Dr Louis Thomas.

SOUSCRIPTIONS RECUEILLIES JUSQU'A CE JOUR

3e *liste.*

MM.			
Martinier, prof. à l'E.	Paris	50 fr.	»
Heymen-Billard	—	20	»
Ed. Prest, D. E. D. P.	—	20	»
Robin	—	5	»
Damourette	—	5	»
de Flaugergues	—	5	»
Barrié, prof. à l'Ecole	—	20	»
Dr Rémy	—	5	»
Gustave Audy, D.E.D.P.	Compièg.	50	»
Dr Fourrier	—	10	»
Dr Tournant	—	5	»
Laroy	—	5	»
Mlle Audy, D. E. D. P.	Paris	10	»
Vve Gillion	Av.-s-Hel.	5	»
Guérin père, D. E. D. P.	Moulins	10	»
Guérin fils, D.E.D.P.	—	10	»
R. Maille, D. E. D. P.	Paris	20	»
Vergel de Dios	Philadel.	20	»
Bassot Alfred	Paris	5	»
Charpentier	—	5	»
Mlle Burau	—	10	»
Athénas	—	5	»
Daclin	—	5	»
G. Scribot	—	10	»
A. Quillet	—	2	»
Gillard, prof. à l'Ecole	—	50	»
Ad. Dugit, D. E. D. P.	—	10	»
Gaignon	Ch.-le-R.	5	»
Heidé, D. E. D. P.	Paris	50	»
Dr Norström	—	20	»
Bernick		5	»
Blocman, D. E. D. P.	Paris	50	»
P. Dubois, D. E. D. P.	—	50	»
Roy, D. E. D. P.	—	20	»
Dr Hirtz	—	20	»
Prével, D. E. D. P.	—	10	»
Lemerle, prof. à l'E.	—	25	»
.Prussenar, D. E. D. P.	Orléans	10	»
	A reporter	642	»

MM.			
	Report.	642	»
Mme Prussenar, D.E.D.P	—	10	»
Mme Monet	Paris	5	»
Hofzumahaus, D.E.D.P.	—	10	»
Houdoux	—	2	50
Ch. Devoucoux	—	2	50
Ott Eug.	St-Dié	20	»
Cherbétian, D. E. D. P.	Constant.	10	»
Dr Paulin	Paris	10	»
Salmon, D. E. D. P.	—	10	»
Rousseaux	Roubaix	5	»
Mme Rousseaux D.E.D.P	—	5	»
E. Legros, D. E. D. P.	Paris	10	»
Ch. Jeay, D. E. D. P.	—	5	»
A.-W. Harlan, D. D. S., Direct. de la *Dental Review.*	Chicago	50	»
Dr Frey, prof. à l'E.	Paris	10	»
Mlle Demathieu	—	3	»
Tzanck	—	3	»
Brauman	—	1	»
Pincvasser	—	1	»
Weber	—	2	»
Budant	—	3	»
Stawiski	—	1	»
Lemarchand	—	3	»
Mlle Eloy	—	1	»
Miss Howard	—	1	»
Beauvegard	—	5	»
Mouton, D. E. D. P.	—	10	»
Fayoux, D. E. D. P.	Niort	20	»
Duvivier	Paris	5	»
Mme Duvivier	»	5	»
Martial Lagrange, D. E. D. P.	»	20	»
Paulme, D. E. D. P.	»	20	»
Joaquin Bernal	Barcel.	20	»
Total de la 3e liste		**931**	»
Listes précédentes		**2630**	»
Ensemble..		**3561 fr.**	»

Prière d'adresser le montant des souscriptions en un mandat-poste, afin d'éviter les frais de recouvrements, à M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

OUVRAGES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

Byruboff (A. A.) — Durée comparée des dents à l'état normal et à l'état pathologique. (Moscou, 1892. A. A. Levenson, 93 p. 12°)

Dictionnaire médico-dentaire. Termes d'anatomie, de physiologie, de pathologie des dents, pharmacologie dentaire, chirurgie, technique, etc. (Saint-Pétersbourg, 1892, N. Stefanoff, 112, p. 8°.)

Underwood (Arthur S.) — Aids to dental histology. *Manuel d'histologie dentaire* (Baillière, Tindall et Cox, New-York, 2 p, 84 p. 16°).

Atkinson (J. Ottley). — Practical notes on nitrous oxide. *Indications pratiques sur le protoxyde d'azote* (T. Wilson, 28 Highgate, Kendal 1892).

W. H. Steele. — Five hundred and sixty seven useful hints for the busy dentist. 567 *conseils pratiques pour le dentiste occupé* (The Wilmington Dent. Mfg. Co, Philadelphie), Prix 2 dollars 50.

Brandt. — Beitrage zur Behandlung der Schussverletzung der Kiefer und deren benachbarten Weichtheile. *Contribution au traitement des lésions des mâchoires et des parties molles les avoisinant par les armes à feu.* (Auguste Hirschwald, Berlin).

Stern. — Der Kleine Zahnarzt oder kein Zahnweh mehr. *Le petit dentiste ou plus de mal aux dents.* (F. Raisberger, Mannheim, 16 p.)

Bericht über die Verhandlungen der am 12, u. 13. Juli d. J. in Lübeck abgehaltenen XVIII. Jahres-Versammlung des Vereins schleswig-holsteinischer Zahnärzte. *Rapport sur les travaux de la* 18e *assemblée annuelle de la société des médecins-dentistes du Schleswig-Hlostein tenue les* 12 *et* 13 *juillet à Lubeck* (Berlin, 1892, Rosenthal et Co. 22 p.)

E. Bozzi. — Tecnica anestetica. *Technique de l'anesthésie* (Pavie, 1892).

OUVRAGES PUBLIÉS EN FRANÇAIS

Dr A. Dam. — Hygiène des dents et de la bouche (petit in-18, Oct. Doin, Paris 1891).

M. Baudouin — De la chloroformisation à doses faibles et continues. (Paris 1892).

J. Ferrier. — De la greffe dentaire par restitution. Nouvelles indications de la greffe, son rôle dans le service hospitalier et dans la pratique courante. Nouveau mode opératoire. Suppression de la douleur par l'injection sous-gincivale de cocaïne ; antisepsie ; obturation des racines. (Paris, 1892, 30 p. in-88).

Fleischmann (Charles). — De la syphilis et de ses manifestations buccales. Des dangers de contagion attachés à la profession de médecin-dentiste. (Genève, imprimerie centrale genevoise, 1892).

Bulletins et actes de la Société des dentistes du Sud-Ouest (1892, Bordeaux, 60 p.

PUBLICATIONS PÉRIODIQUES. TRAVAUX ORIGINAUX

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES

Baumel. L'eczéma des jambes et la dent dite de 9 ans (*Gaz. hebd. d. sc. méd.* Montp. 1891, 8). — **Burt.** Un cas d'hémorragie spontanée (*Rev. Odont.* mai 92). — **Cutler.** Irrégularités des dents (*Brit. J. of. Dent. sc.* juin 92). — **De Albertis.** Un fœtus avec des dents (*L'Odont.*, mars et avril 92). — **Harper.** Cas intéressant d'éruption tardive (*Dent. Rec.* mai 92). — **Humphrey.** Développement des dents humaines (*J. of. Brit. Dent. Ass.* mars 92).— **Jarre.** Absence congénitale de dents chez un sujet de 12 ans (*Dent. Cosm.* juin 92). — **Parkes.** La première dentition (*La Odont.* mai 92). — **Pedley.** Evolution et maladie (*Brit. J. of Dent. sc.* fév. 92). — **Peirce.** Le transformisme (*Dent. Cosm.* juin 92). — **Schmidt.** Le rapport de grosseur des dents (*Zahn. Ref.* 5, 92). — **Smith.** Quelques points sur la patho-histologie de la pulpe dentaire (*J. of. Brit. Dent. Ass.* mars 92). — **Talbot.** Etude de la dégénérescence des dents de la race humaine (*Dent. Cosm.* juin 92). — **Thompson.** Ethnologie de la face (*Dent. Cosm.* mai 92). — **Tomes.** Etudes sur le développement des mâchoires (*Brit. J. of. Dent. sc.* 16 mai 92). — **Weber.** Considérations sur l'origine de la carie dentaire (*An. de la Soc. odont. de la Hab.* mai 92). — **Wells.** Un cas d'union osseuse (*Ash et sons' quart. circ.* juin 92).

DENTISTERIE OPÉRATOIRE. THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE. MATIÈRE MÉDICALE

Baldwin. L'or non-cohésif et les obturations d'étain (*Dent. Rec.* juin 92). — **Blersch.** Les insuccès dans les obturations à l'amalgame (*J. f. Zahn.* 3 avril 92). — **Brinkmann.** Le ciment au phosphate pendant sa préparation comme obturant (*Mon. d. V. deut. Zahn.* mai 92). — **Davenport.** Demi-cylindre d'or non cohésif et obturation en boucle (*Items of int.* juin 92). — **Freeman.** Quelques idées sur la manipulation de l'or pour les aurifications (*Dent. Rev.* mai 92). — **French.** Traitement et destruction de la pulpe (*Dent. Pract. and adv.* avril 92). — **H. Frey.** Obturation des canaux de racines avec du *catgut* résorbable (*Zahn. Woch.* 9 avril 92). — **Gerrish.** L'or mou en feuilles comme matière obturatrice (*Ohio J. of Dent. sc.* mars 92). — **Goffe.** Préparation des racines avant la pose des couronnes (*Brit. J. of Dent. sc.* juin 92). — **Goliner.** Traitement diététique du rachitisme (*Zahn. Woch.* 2 avril 92). — **Haskins.** L'aluminium (*Dent. Rev.* mai 92). — **Hofheinz.** Obturation immédiate des racines (*Dent. Pract. and adv.* avril 92). — **Hooton.** Nouvelle méthode pour mouler et travailler la gencive continue (*Brit. J. of Dent. sc.* fév. 92). — **Hunt.** L'arsenic et la pulpe dentaire (*Items of int.* juin 92). — **Kershaw.** Le traitement des dents des enfants (*Brit. J. of*

Dent. sc. juin 92). — **Mac-Call.** Les cristaux de muriate de cocaïne pour l'enlèvement de la pulpe (*Dent. Pract. and. avd.* avril 92). — **Marshall** Plaidoyer en faveur de l'extraction et de la réimplantation comme moyen de guérison dans l'abcès alvéolaire persistant (*Dent. cosm.* juin 92). — **Morelli.** Extraction d'une dent artificielle avalée et enclavée dans l'œsophage (*Odontoskop*, mai 92). — **Mosely.** Préparation des cavités (*Dent. Rec.* juin 92). — **Northcroft.** Manière de traiter les patients (*Dent. Rec.* mai 92). — **Osborn.** Traitement des dents sans pulpe (*Brit. J. of Dent. sc.* avril 92). — **Ottolenghi.** Méthodes d'obturation (*Dent. cosm.* juin 92). — **Poey.** Le pental (*Revista dent.* mai 92). — **Poey.** La saccharine (*An. d. l. Soc. od. d. l. Hab.* mars 92). — **Polscher.** L'aluminium (*Zahn. Ref.* 5, 92). — **Praktikus.** Soudure d'or (*Mon. d. V. deut. Zahn.* mai 92). — **Praktikus.** L'extraction des dents de sagesse (*Mon. d. V. deut. Zahn.* mai 92). — **Richter.** Les ciments au phosphate et les obturations au ciment (*J. f. Zahn.* 15 mai 92). — **Scheff.** Obturation des dents (*Mon. d. V. deut. Zahn.* mai 92). — **Smithard.** Traitement des divisions congénitales de la voûte du palais (*Brit. J. of Dent. sc.* juin 92). — **Stolper.** Soudure de l'aluminium (*Mon. d. V. deut. Zahn.* mai 92). — **Stearns.** Une réimplantation (*Items of int.* juin 92). — **Swain.** Insuccès d'opérations dentaires (*Dent. Rev.* avril 92). — **Taft.** La prophylaxie (*Brit. J. of dent. sc.* avril 92). — **Traba.** L'électrothérapie (*La odont.* mai 92). — **Turner.** Gencive continue (*J. of Brit. Dent. Ass.* mai 92). — **Weber.** De l'oxyde de cobalt dans le traitement de la carie du 3e degré (*Rev. odont.* mai 92). — **Zielaskowsky.** Emploi de rouleaux de ouate plâtrés (*Zahn. Woch.* 30 avril 92).

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE DES AFFECTIONS DE LA CAVITE BUCCALE ET DES MAXILLAIRES

Bergtold. La bouche comme foyer d'infection (*Dent. Cosm.* fév. 92). — **Berthaux.** Fracture double du maxillaire inférieur chez un enfant de 7 ans (*Rev. Odontol.* mars 92). — **De Albertis.** Les odontomes (*Il prog. dent.* fév. 92). — **Hattyasy.** Un cas de pulpite chronique (*Viert. f. Zahn.* janv. 92). — **Iszlaï.** Quel rôle peuvent jouer les dents cariées dans les infections de l'actinomycose (*Odontoskop*, janv. 92). — **Kingsley.** Tumeurs adénoïdes, respiration par la bouche et suçage du pouce dans leurs rapports avec les difformités des mâchoires et les anomalies dentaires (*Dent. cos.* fév. 92). — **Paschek.** L'empyème de l'antre d'Hygmore (*Zahn. Woch.* 27 fév. 92). — **Pierce.** Remarques sur la pathologie des dents avec réflexions sur la thérapeutique (*Dent. cosm.* fév. 92). — **Prideaux.** Fractures du maxillaire (*Dent. Rec.* mars 92). — **Salz.** Un cas de nécrose de l'alvéole après gangrène de la pulpe (*Odontosk.*, mars 92). — **Wardlaw.** Le microscope et la bactériologie (*Sout. Dent. J.* janv. 92). — **Weber.** Etude sur les affections nerveuses consécutives à la carie dentaire (*Rev. Odont.*, févr. mars 92). — **Wright.** La pathologie et la thérapeutique (*Sout. Dent. J.* janv. 92). — **Zamboni.** Contribution à l'étude de l'actinomycose (*Il prog. dent*, mars 92). — **Zsigmondy.** L'ouverture du sinus maxillaire par les alvéoles (*Viert. f. Zahn.* janv. 92).

Case. Limites entre le naturel et l'artificiel dans les couronnes et le travail à pont (*Dent. Cosm.*, mars 92). — **Gabriel.** Couronnes d'or avec faces de porcelaine (*Dent. Rec.* mars 92). — **Léger-Dorez.** La pose des couronnes Logan (*Rev. Odont.* 1892, XI). — **Polcher.** Dent à pivot avec face dorsale en étain (*Zahn. Ref.* 1, 92). — **Popiel.** Indications pratiques pour la prise de l'empreinte (*Odontos.* mars 92). — **Practicus.** Couron-

nes et travail à pont (*Zahn. Ref.* 2, 1892). — **Woolf.** Les couronnes à face de porcelaine avec attache ou collier (*Brit. J. of dent. sc.* mars 92).

HYGIÈNE

Price. Nécessité d'un examen systématique et périodique des dents (*Dent. Rec.* avril 92). — **Weber.** Hygiène de la première dentition (*Ann de la Soc. Odont. de l. Hab.* fév. 92).

APPAREILS ET INSTRUMENTS

Bérenger-Féraud. Le cornet à chloroforme en usage dans la marine (*Bull. Gén. de thér.* 91, 121). — **Fikeis.** Essai d'un petit instrument simple pour le coup en arrière en vue des aurifications (*Viert. f. Zahn.* janv. 92). — **Pearsall.** Le laboratoire et son installation (*Dent. Rec.* mars, avril 92). — **Salomon.** L'électricité dans le cabinet d'opérations (*Dent. Rev.* janv. 92). — **Vajna.** Pinces trisectrices pour racines (*Pouls. Bericht,* avril 92). — **Vajna.** Mandrin avec vis de pression pour disques de papier (*Odont.* mars 92). — **Weber et Hampel.** Pièce à main universelle pour le tour dentaire (*Mon. d. V. deut. Zh.* fév. 92). — **Wiesendanger.** Le *psychrotère* pour l'anesthésie locale (*Pouls. Bericht,* avril 92).

DÉONTOLOGIE. HISTOIRE. VARIÉTÉS

Bentley. Impressions sur l'enseignement et les écoles dentaires (*Dent. Cosm.* fév. 92). — **Damain.** Sur l'utilité de la pathologie dans l'art dentaire (*Rev. Odont.* 1891, 10). — **Fikeis.** Méthode d'enseignement à la clinique dentaire de l'Université de Vienne (*Viert. f. Zahn.* avril 92). — **Johnson.** Considération de la profession de la part du public (*Dent. Rev.* janv. 92). — **Mc. Whinney.** Réflexions sur l'enseignement dentaire (*Dent. Rev.* janv. 92). — **Scheff.** Histoire de l'extraction des dents (*Viert. f. Zahn.* janv. 92). — **Scott.** Dentiste, docteur, professeur (*Dent. Cosm.* fév. 92). — **Smreker.** Proposition de dénomination des dents (*Viert. f. Zahn.* avril 92). — **X.** Le prochain congrès médical international (*Il progr. dentis.* mars 92).

A NOS LECTEURS

Nos lecteurs se souviennent que, l'an passé, à la suite de la fondation d'un journal professionnel par un groupe de membres du corps enseignant de l'École dentaire de Paris, ceux-ci furent mis en demeure d'avoir à cesser cette publication comme portant préjudice à l'organe officiel de l'Ecole, l'*Odontologie*. Faute par eux de se conformer à cette injonction, ils étaient avertis qu'ils seraient considérés comme démissionnaires de leurs fonctions à l'Ecole.

Les membres en question ont contesté la validité de cette décision et l'ont attaquée devant les tribunaux, en continuant la publication de leur journal et *en continuant d'y prendre les titres de professeurs, professeurs suppléants et chefs de clinique qui leur avaient été enlevés.*

L'affaire est venue le mardi 6 juin devant la 5e chambre du tribunal civil de la Seine, QUI LES A DÉBOUTÉS DE LEUR DEMANDE, A RECONNU QUE LE CONSEIL DE DIRECTION AVAIT QUALITÉ POUR PRENDRE LA SUSDITE MESURE ET A FAIT DÉFENSE AUX DEMANDEURS DE PORTER A L'AVENIR LES TITRES DONT ILS ONT ÉTÉ PRIVÉS A PEINE DE 100 FRANCS D'AMENDE PAR CONTRAVENTION CONSTATÉE, ET LES A CONDAMNÉS SOLIDAIREMENT AUX DÉPENS A TITRE DE DOMMAGES ET INTÉRÊTS.

Nous rappelons que les personnes visées sont MM. Blocman, Chauvin, Dubois, Godon, Heidé, Papot, Prével et Roy.

Nous sommes convaincu que la *Revue Internationale d'Odontologie*, qui dispute à notre confrère *le Temps* la réputation d'organe le mieux informé, ne voudra pas perdre l'occasion de réparer l'oubli regrettable commis par nos distingués défenseurs en publiant *in-extenso* dans son prochain numéro le jugement en question.

F. T.

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE LA CARIE INTERSTITIELLE PAR L'EXPANSION DES ARCADES DENTAIRES

Par M. FRANCIS JEAN,

Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

J'ai déjà eu l'honneur de vous présenter à la Société d'Odontologie, dans la séance du 13 octobre 1891, un appareil destiné à élargir le maxillaire ou à déplacer un groupe de dents, et j'avais fait mes efforts pour attirer sur cet appareil l'attention de mes confrères, en leur montrant les résultats que j'avais obtenus avec lui et en insistant sur sa simplicité et sa puissance.

Je viens aujourd'hui vous le présenter encore, avec d'autres observations à l'appui, en tant qu'appareil devant être appliqué également pour le traitement prophylactique de la carie interstitielle par l'expansion des arcades dentaires.

Il n'est pas un de vous qui n'ait souvent été frappé de la fréquence des caries interstitielles, de la rapidité avec laquelle marche ce genre de caries et de la difficulté que l'on éprouve à les soigner.

Souvent on rencontre une série de caries interstitielles sur les faces médianes et distales de chacune des dents supérieures et antérieures. Au point de vue esthétique, l'aspect est fort déplaisant et, au point de vue physiologique, la destruction de ces dents par la carie empêche l'action coupante des incisives et lacérante des canines. Enfin, les douleurs produites par ces caries sont d'autant plus intenses que les dents sont plus antérieures, par conséquent exposées directement aux variations de température de l'air et des liquides que l'on absorbe. Le diagnostic en est souvent assez difficile à établir ; il faut écarter les dents sous peine de laisser passer inaperçues des caries peu avancées, c'est-à-dire précisément au moment où la thérapeutique agit de la façon la plus efficace ; on est quelquefois étonné, de trouver des caries perforantes, quand on s'attendait à trouver une carie du deuxième degré peu avancé. C'est qu'en effet, les détritus alimentaires, les produits septiques sont enfermés d'une façon presque absolue et se trouvent dans les meilleures conditions possibles pour détruire rapidement les tissus durs de l'organe. La carie, protégée par les lames d'émail qui recouvrent encore la face labiale et la face palatine des dents, s'étend facilement en profondeur dans l'épaisseur de la face médiane ou de la face distale.

Non-seulement cette variété de carie est fréquente, d'un diagnostic souvent difficile et affecte une marche rapide, mais tout le monde sait par expérience combien la thérapeutique est ingrate. Il faut écarter les dents l'une de l'autre afin d'avoir assez de place pour passer les excavateurs et les fraises ; si l'on fait rapidement cet écartement, on provoque de la périostite sur les dents qu'on veut soigner, d'autant plus facilement que cette variété de carie se rencontre surtout dans des maxillaires à dents serrées.

Si l'on fait lentement cet écartement, l'opération oblige le malade à des visites fréquentes, par conséquent à une perte de temps considérable.

Je rappellerai, en passant, que je me sers pour pratiquer cet écartement d'un mélange par parties égales de poudre de laminaire et d'aristol et que j'obtiens, grâce à ce procédé, une séparation suffisante et assez rapide ; l'écartement se fait avec plus de force qu'avec les tampons d'ouate trempée dans la teinture de benjoin et avec moins de brusquerie qu'avec le caoutchouc. Une fois que cet écartement est obtenu, les difficultés ne sont pas terminées ; on éprouve beaucoup de peine à faire mouvoir les instru-

ments dans la direction désirable et la préparation de la cavité demande d'autant plus de patience, de douceur de la part de l'opérateur que les dents sur lesquelles il agit sont, comme nous l'avons dit, le plus souvent atteintes de périostite plus ou moins intense et que les tiges des excavateurs font parfois levier sur la dent voisine et exagèrent la sensibilité. Si la carie est perforante, et surtout s'il s'agit d'une carie de la face distale, la difficulté augmente encore pour arriver à traiter comme il est nécessaire le canal ou les canaux dentaires.

Quant à l'obturation, qu'il s'agisse d'un ciment, d'un amalgame ou d'une aurification, il faut, dans ce cas, une grande habitude pour arriver à la faire d'une façon satisfaisante et j'ajouterai même une grande souplesse, puisqu'un opérateur consciencieux doit toujours s'efforcer de sacrifier le moins possible la portion d'émail qui est située sur la face labiale et tâcher de faire son obturation par en-dessous en quelque sorte, c'est-à-dire en passant ses instruments du côté du palais, après avoir réséqué au ciseau les bords de la lame d'émail située de ce côté.

Ainsi donc, fréquence, rapidité dans la marche, difficultés pour le diagnostic, la préparation de la cavité et l'obturation. Ce sont là déjà plusieurs considérations qui montrent toute l'importance qu'il y aurait pour le malade et pour le praticien à éviter autant que possible cette variété de carie.

Voyons donc rapidement quelles sont les conditions qui y prédisposent, les moyens divers qui ont été proposés pour l'éviter, moyens hygiéniques, chirurgicaux et orthopédiques et quel est, à notre avis, celui de tous qui doit être le plus employé.

En dehors de la seule cause efficiente de la carie en général c'est-à-dire la cause parasitaire admise aujourd'hui par tous les auteurs, on sait qu'il existe un certain nombre de causes prédisposantes plus ou moins importantes suivant les cas, *causes générales* tenant à l'âge, à la constitution, à la race du sujet, à son état général, à la richesse de son organisme en matière calcaire, à ses maladies antérieures, *causes locales* tenant à l'état de la bouche ou à la mauvaise structure de la dent, à des malformations superficielles ou profondes, etc.

Comme causes prédisposantes indiscutables de la carie interstitielle, nous ne trouvons que des causes locales; tout le monde dit communément que la carie interstitielle reconnaît pour cause principale le trop grand rapprochement des dents, mais il nous semble que cette raison demande à être bien expliquée.

Il est évident que dans les bouches atteintes, par exemple, de prognathisme du maxillaire supérieur, lorsque les dents sont suffisamment écartées les unes des autres pour que les lavages, les brosses, les mouvements de succion nettoient facilement les espaces interdentaires, on ne trouvera que rarement de la carie interstitielle; mais d'autre part, nous ne pensons pas que ce soit le contact seul des dents les unes contre les autres qui amène la carie. Nous croyons, en effet, comme la plupart des auteurs,

M. Davenport entre autres, que les dents doivent être en contiguïté dans une bouche normale.

C'est un fait anatomique, qui ne nous semble pas discutable pour des observateurs, que, dans une bouche régulière, la face médiane d'une dent est en contact avec une portion de la face distale de l'autre. Or, s'il y a contact, les matières alimentaires ne peuvent pas pénétrer, puisqu'il n'existe pas d'espace libre, sinon au collet de la dent, et normalement encore cet espace interdentaire triangulaire doit être comblé par la muqueuse gingivale.

Nous rencontrons des caries interstitielles dans les bouches où les dents chevauchent l'une sur l'autre et présentent des anomalies de direction et de siège. Les bouches dans lesquelles on rencontre des caries interstitielles ont d'ailleurs presque toujours un aspect semblable. Les incisives médianes supérieures chevauchent l'une sur l'autre, ou les incisives latérales sont projetées en avant et sont très serrées au niveau du collet entre les canines et les incisives centrales. Les canines venues plus tard se sont logées où elles ont pu ; souvent elles font une saillie marquée en avant ; les prémolaires sont rarement sur la courbe décrite par les arcades dentaires, elles sont rejetées soit en dedans, soit en dehors, enfin les grosses molaires solides, occupant d'ailleurs un emplacement où elles n'ont pas été gênées, ont, le plus souvent, une direction normale. Dans ces conditions, il existe une foule de petits recoins, de petites cavités entre les dents, et ces recoins servent de réceptacle aux débris alimentaires qui sont pour ainsi dire bourrés entre chacune des dents. De la présence de ces débris résultent naturellement des fermentations acides, d'où destruction de la membrane de Nasmyth, de l'émail et enfin carie.

Pour nous, par conséquent, la carie interstitielle reconnaît pour cause le contact des dents sur une portion anormale trop étendue de leurs faces et le chevauchement des unes sur les autres, d'autant plus que ce contact forcé existe déjà au moment de l'éruption ; dès ce moment, en effet, chaque dent se trouve comprimée, serrée entre ses voisines et ce contact vicieux est même rendu plus énergique par la force de l'éruption qui chasse les dents pour ainsi dire de la profondeur à l'extérieur jusqu'à ce que leurs faces triturantes soient toutes arrivées au même niveau. A l'époque qui correspond à ce phénomène de l'éruption les dents sont précisément peu riches en sels calcaires, elles se défendent mal, ainsi que l'ont si bien rappelé les D[rs] Sauvez et Frey dans la *Revue de la Gazette des Hôpitaux*. Ces idées étant établies et me semblant absolument logiques et conformes aux observations de tous, voyons quelles peuvent être les raisons qui forcent les dents à avoir ce contact vicieux ou à chevaucher les unes sur les autres.

Il nous semble que la réponse est toute naturelle : si ces anomalies existent, c'est que les dents n'ont pas trouvé une place suffisante sur l'arcade du maxillaire, soit parce qu'elles ont un volume exagéré, soit parce que le maxillaire n'est pas assez

développé, assez ample pour les contenir dans leur position normale. Les deux cas peuvent se rencontrer, mais le plus souvent c'est le manque de développement du maxillaire qui doit être incriminé.

Reportons-nous un instant à ce qui se passe au moment de l'évolution des dents permanentes. Les incisives, canines et molaires temporaires sont remplacées par les incisives, canines et prémolaires permanentes dans un espace de temps variable, mais qui s'étend en général de la 6e à la 12e année, c'est-à-dire six ans environ. Sur une arcade dentaire quelconque examinée vers l'âge de six ans, en supposant la première grosse molaire permanente sortie comme il est normal, il existe donc un espace entre les deux dents de six ans qui doit contenir successivement les dents temporaires et leurs dents de remplacement. Les volumes de chacun de ces deux groupes sont-ils égaux ? Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point ; les uns disent que le groupe temporaire et le groupe permanent de remplacement occupent sur l'arcade un espace relativement égal, tandis que les autres croient, au contraire, que le groupe permanent occupe un espace plus considérable que le groupe temporaire.

Ceux qui soutiennent la première idée font remarquer que si, d'une part, les incisives et les canines permanentes sont beaucoup plus volumineuses que les incisives et les canines temporaires, il est à remarquer, d'autre part, que les prémolaires permanentes sont plus petites que les molaires de lait qu'elles remplacent ; cette remarque est faite par M. le professeur Sappey. Pour nous, nous sommes de l'avis de ceux qui ne croient pas qu'il y ait compensation et nous pensons que le groupe des dents temporaires occupe un espace beaucoup plus restreint que le groupe des dents permanentes qui les remplacent. Il s'en suit donc, à notre avis, que le maxillaire doit se développer en six ans dans cet espace compris entre les deux premières grosses molaires permanentes, d'une manière suffisante pour compenser la différence entre le volume de chacun des deux groupes et permettre le placement régulier des dents permanentes.

Nous savons bien que ce travail de développement de la partie antérieure est nié par Hunter et Delabarre et que Tomes et Humphrey croient également que tout le développement en longueur des maxillaires se fait au-delà de l'espace occupé par la série des dents de lait. Mais d'autre part, des auteurs d'une grande valeur également, MM. Debierre et Pravaz, affirment que la portion antérieure de la courbe s'agrandit sensiblement. Il est bien certain que l'arc antérieur du maxillaire est la partie la moins susceptible d'augmentation en longueur, mais nous ne pensons pas que ses dimensions restent aussi invariables qu'on a bien voulu l'affirmer. Le travail qui se produit dans la partie postérieure de l'os doit entraîner forcément, à notre avis, un développement parallèle moins prononcé, mais d'une existence certaine dans la partie antérieure. Si ce développement n'est pas suffisant, on aura

des irrégularités de position des dents ; elles chevaucheront les unes sur les autres et présenteront des anomalies de siège et de direction, toutes causes que nous croyons avoir démontré être prédisposantes à la carie interstitielle. Pour arriver à rétablir l'équilibre, c'est-à-dire à faire de cette bouche, où les dents chevauchent les unes sur les autres et sont vouées à la carie, une bouche régulière, divers moyens ont été employés.

Les uns ne répondent qu'à une indication, à la prophylaxie de la carie interstitielle et peuvent être résumés en quelques mots : hygiène de la bouche. On fera de l'antisepsie de la bouche, un usage ponctuel et raisonné de la brosse, des lavages fréquents, on enlèvera avec le cure-dent les débris alimentaires qui séjournent dans les espaces interdentaires. On passera des fils de soie ou de caoutchouc entre les dents, on emploiera des dentifrices antiseptiques appropriés à la réaction de la salive, etc. Nous ne pensons pas que ces moyens soient suffisants, en tous cas ils ne cherchent à répondre, comme nous l'avons vu, qu'à une seule des indications et nous avons tous constaté leur inefficacité puisque nous trouvons journellement un grand nombre de caries interstitielles dans des bouches très bien entretenues et très surveillées.

Nous ne citerons qu'en passant le limage des dents, dont le procès n'est plus à faire, et nous arriverons rapidement à l'étude des deux moyens les plus efficaces que nous pouvons diviser en deux classes : 1° moyens chirurgicaux ; 2° moyens orthopédiques.

Comme moyens chirurgicaux, les auteurs ont émis des opinions très variées.

Les uns proposent l'extraction des prémolaires, les autres celle de la molaire de 6 ans.

Cette question de l'opportunité de l'extraction de la dent de six ans a été discutée avec beaucoup d'intérêt l'année dernière dans la *British dental Association* et le débat a été fort bien exposé dans un numéro récent d'une Revue professionnelle par M. Roy qui s'oppose à l'extraction, ainsi que MM. Davenport, Tomes, Cunningham, Dubois et beaucoup d'autres praticiens émérites. Nous ne voulons pas la discuter à fond ; le sujet est trop vaste et déjà connu. J'émettrai seulement mon opinion personnelle en insistant sur quelques arguments déjà émis d'ailleurs pour la plupart et qui me semblent importants. Je suis absolument opposé, autant qu'il est possible, à cette extraction. Je m'associe de toutes mes forces à ceux qui la considèrent comme une mutilation inutile, anti-rationnelle et je m'élève absolument contre l'anathème qui semble avoir été lancé contre cette dent.

En dehors de toute autre considération et pour rester dans notre sujet, nous prétendons démontrer que ce n'est pas cette extraction qui empêchera le chevauchement des dents ou leurs anomalies de direction ou de siège, par conséquent qu'au point de vue de la prophylaxie de la carie interstitielle, cette extraction n'est pas une solution satisfaisante. Nous ne nous occuperons pas naturellement des cas désespérés dans lesquels on fait ce qu'on peut

comme traitement, nous ne discutons en rien non plus l'atrésie très prononcée des maxillaires reconnaissant pour cause des tumeurs adénoïdes du pharynx ou des lésions des fosses nasales; nous ne nous occupons que des cas où le chevauchement des dents et les anomalies de siège ou de direction ne sont pas extrêmement marquées et sont dues uniquement à un développement insuffisant des maxillaires. Dans tous ces cas d'ailleurs, il ne s'agit que de gagner un espace souvent très restreint et beaucoup moins considérable que l'emplacement de la dent de six ans.

Nous croyons avoir démontré que, dans l'immense majorité des cas, la cause principale vient du manque de développement des maxillaires et plus spécialement du maxillaire supérieur. S'attaquer aux dents quand la cause est dans le développement des os est donc, *a priori*, employer une thérapeutique qui n'est pas pathogénique, directe en quelque sorte; de plus, à ce point de vue même, l'extraction de la dent de six ans ne peut, à mon avis, qu'entraver le travail énorme, admis par tous les auteurs, qui se passe dans les maxillaires vers cet âge et qui a cette dent pour point de départ.

Tout le monde sait, en effet, qu'à partir de l'apparition de la dent de six ans le maxillaire supérieur s'accroît énormément du côté de la tubérosité et le maxillaire inférieur également du côté de la branche montante. MM. les docteurs Demontporcelet et Decaudin attirent tellement l'attention sur ce point qu'ils font un chapitre spécial pour le développement des maxillaires à partir de l'âge de six ans, c'est-à-dire à l'apparition de la première grosse molaire. Nous avons dit plus haut ce que nous pensons de ce travail et qu'il doit, à notre avis, et d'ailleurs d'après l'opinion de MM. Debierre et Pravaz, exister à ce moment un développement parallèle, moins prononcé, mais d'une existence certaine, dans la partie antérieure de l'os. L'extraction vient donc diminuer ce travail et va, pour ainsi dire, à l'encontre du but cherché. De plus, sitôt que les dents de six ans entrent en fonctions, l'enfant ne se sert que d'elles en quelque sorte comme molaires solides jusqu'à 12 ans, puisque pendant cette période les molaires de lait vont disparaître et que les prémolaires n'arriveront que peu à peu à la hauteur suffisante pour pouvoir entrer en action.

Le fait que l'enfant ne se sert presque que de ses dents de six ans comme molaires résistantes a déjà beaucoup de valeur, puisque l'extraction entravera une partie de la mastication. De plus, ses muscles masticateurs, qui se développent beaucoup à ce moment, puisque, semblables à tous les muscles, ils s'accroissent d'autant plus que le travail qu'ils font devient plus important, vont subir, en quelque sorte, par l'extraction de ces dents, une gêne dans leur développement.

Cet arrêt va naturellement retentir sur les os sur lesquels les muscles s'insèrent, d'où entrave de la mastication, entrave dans le développement des muscles, arrêt partiel dans le développement des os.

Mais revenons aux dents mêmes et voyons si l'extraction des

dents de six ans va permettre aux petites molaires de revenir en arrière combler en partie le vide qui existera et desserrer les autres dents.

Ainsi que l'ont fait très judicieusement observer certains praticiens, les rapports des dents antagonistes, ce que nous appelons ordinairement articulation, vont s'en ressentir et il arrivera l'une des deux choses suivantes : ou bien les dents ne se desserreront pas, ce qui survient le plus souvent, d'autant plus qu'à cet âge les cuspides sont très accentuées et par conséquent l'articulation très fixe, l'engrènement des deux mâchoires très prononcé et dans ce cas l'extraction n'a servi à rien, ou bien les dents vont se déplacer, comme on l'espérait. Mais comment se déplacent les dents? Elles ne se transportent pas, elles n'avancent pas militairement, comme le disait d'une façon très humoristique M. Gillard, elles se couchent pour ainsi dire, elles s'inclinent jusqu'à ce qu'elles aient trouvé un point d'appui.

Ce point d'appui étant anormal, et la dent étant inclinée plus ou moins fortement, l'articulation ne va plus avoir lieu dans l'axe des dents; les efforts masticatoires vont porter à faux, pour ainsi dire, d'où névralgies, ossification de la pulpe, périostites chroniques, etc., ainsi que M. Poinsot nous en a démontré plusieurs cas et ainsi que nous l'avons observé nous-mêmes.

Un autre argument que nous ne saurions trop faire ressortir et qui a d'ailleurs été déjà mis en avant par divers auteurs, MM. Davenport, Cunningham, Dubois, etc., c'est l'abaissement de l'articulation et par conséquent la projection en avant des dents antérieures amenée par la suppression des molaires de six ans. Nous avons remarqué plusieurs fois, même sans qu'on ait fait d'extraction, que dans des bouches où les dents de six ans avaient perdu leurs couronnes par carie, ces moignons de couronnes se rencontraient néanmoins avec ce qui restait de la dent du maxillaire apposé ; par conséquent que l'articulation s'était effondrée en quelque sorte précisément de la hauteur de la perte de substance.

En effet, à cet âge, l'articulation est pour ainsi dire calée en arrière par la rencontre des faces triturantes de la première grosse molaire permanente qui est, comme cela a déjà été dit plus haut, la seule molaire solide de l'enfant.

Pour se rendre compte de l'effet qui se produit lorsque l'articulation n'est plus limitée qu'aux dents antérieures, on n'a qu'à se rappeler la rapidité du résultat de l'appareil de redressement appelé plan incliné. Dans ce cas, on fait quelque chose d'analogue puisqu'on empêche l'articulation des molaires et qu'on ne fait porter qu'un nombre restreint d'incisives.

Quant à l'argument de M. le Dr Andrieu, qui pensait par l'extraction de la dent de six ans éviter les accidents de dent de sagesse et qui croyait que cette dernière dent, n'étant plus gênée dans son évolution, pourrait suppléer au point de vue pratique la première grosse molaire, nous ne croyons pas qu'il ait grande valeur, étant

donné le grand nombre de sujets qui n'ont jamais de dent de sagesse, ou qui en ont de très peu développées, n'atteignant quelquefois même pas le volume d'une petite dent de lait.

Outre ces raisons j'attire l'attention sur l'opération elle-même qui peut toujours se compliquer de tous les accidents de l'extraction ; les émotions et la douleur, à cet âge où l'enfant est si frêle encore, peuvent toujours mettre son organisme en état de moindre résistance et l'exposer à telle ou telle affection.

Ces considérations me semblent avoir d'autant plus d'importance que les partisans de l'extraction conseillent (et à ce point de vue ils sont logiques avec eux-mêmes) d'enlever les quatre dents homologues, à peu près à la même époque, parce que la disparition d'une seule dérange les rapports articulaires des dents voisines avec les antagonistes et la disparition des deux d'un seul côté amène une asymétrie des maxillaires.

Quant à l'intervalle de temps à laisser entre deux avulsions, les auteurs sont tous d'accord sur ce point de pratiquer les extractions dans un espace de temps restreint et ils sont en cela encore très logiques.

Enfin nous terminerons par un autre argument qui nous semble important, c'est la transmissibilité possible des anomalies par hérédité. Nous savons bien que cette transmissibilité se fait surtout par les anomalies congénitales, mais si on laisse se répandre dans le monde professionnel cette idée que l'extraction des dents de six ans doit être faite presque toujours, il arrivera que ces dents disparaîtront de plus en plus des maxillaires des générations successives. Or comme nous avons fait ressortir que l'extraction de la dent de six ans entrave le développement des os, il s'en suivrait que les maxillaires deviendraient de plus en plus étroits, viciés et par conséquent que les dents seraient de plus en plus anormales dans leur forme, leur direction et leur siège. De plus, on sait que la première grosse molaire est la seule de toutes les dents permanentes qui se développe aux dépens de la lame épithéliale puisque les autres, remplaçant les dents temporaires, dérivent du cordon de celles-ci. Or, c'est du cordon de la dent de six ans que naît la seconde grosse molaire permanente, qui donne elle-même naissance par son cordon à la dent de sagesse.

La possibilité de la disparition ou de l'atrophie de la première grosse molaire, par suite d'extractions longtemps répétées au début de l'existence, dans une succession de générations, pourrait donc amener peut-être en même temps l'atrophie de la 2e et de la 3e grosses molaires, puisque les trois molaires sont en quelque sorte solidaires.

Ainsi, pour nous, la dent de six ans ne doit être extraite que lorsqu'il n'y a pas moyen d'agir autrement et cette extraction n'a pas grande valeur en tant que moyen prophylactique de la carie interstitielle. Si l'on enlève cette dent avant que les prémolaires s'engrènent avec leurs antagonistes, il y a effondrement de l'articulation en quelque sorte, donc prognathisme accidentel; si au con-

traire on attend pour extraire que les prémolaires s'engrènent, il ne peut plus y avoir le déplacement tant recherché.

Cette dent est la plus grosse de toutes, par conséquent une des plus importantes; elle a le malheur pour elle de venir dans un moment critique, à l'âge où les dents temporaires plus ou moins cariées et chancelantes créent un mauvais état de la bouche favorisant les fermentations acides ; elle est peu dense encore parce que l'organisme est forcé de faire des frais en matières calcaires de tous les côtés et ne peut que se défendre mal contre l'invasion de la carie ; mais ce ne sont pas là des raisons que nous estimons suffisantes pour la condamner. Elle est plus susceptible que les autres, c'est à nous qu'il incombe de la soigner avec plus d'attention et de sollicitude ; c'est retourner aux mœurs spartiates que de sacrifier ce qui est chétif et nous avons peine à comprendre qu'à notre époque, des praticiens distingués acceptent à la légère cette extraction, avec les moyens si variés de conservation dont nous disposons par suite des progrès si rapides de notre art. Soyons conservateurs aujourd'hui puisque nous le pouvons. Si la carie n'atteint pas la pulpe, l'extraction est une mutilation, une opération illégitime, que j'espère voir repousser de plus en plus par mes confrères.

Si l'on vient nous demander notre avis quand la carie est perforante, la question est certainement plus délicate, mais nous devons également soigner et obturer les caries du 3e et du 4e degrés.

Je n'admets l'extraction, en dehors de l'indication des extractions en général (abcès volumineux, fistules cutanées, etc.,) que si la dent est atteinte de carie du 4e degré dès son éruption, pour ainsi dire, comme nous le voyons parfois. En effet, à cet âge les racines ne sont pas encore formées et les canaux s'ouvrent largement dans la profondeur ; loin de former un entonnoir à sommet profond, comme il est normal, c'est la partie évasée de l'entonnoir qui est profonde et nous passons, malgré notre attention, au-delà de l'extrémité de ces canaux, je ne dirai pas de l'apex, puisqu'il n'est pas encore constitué. De là, voie facile et largement ouverte à l'infection, danger de nécrose, etc.

Mais si après avoir épuisé tous les moyens de résistance contre la carie, il faut arriver à l'extraction, à quel moment doit-on la faire? Nous sommes à ce sujet absolument de l'avis du Dr Andrieu. Il faut attendre que l'articulation soit fixée, c'est-à-dire que les petites molaires soient poussées complètement, qu'elles aient atteint la hauteur du bord libre et qu'elles soient engrenées avec leurs homologues antagonistes. Si l'on pratique l'extraction trop tôt on amènera en effet presque infailliblement l'abaissement de l'articulation.

D'autre part, il ne faut pas attendre que les 2es grosses molaires soient entièrement sorties, engrenées avec les autres, car à ce moment elles ne pourront pas se déplacer ; en pratiquant l'extraction avant leur émergence complète, on pourrra espérer qu'elles s'avanceront pour combler en partie le vide qu'on aura produit et par conséquent que les dents de sagesse pourront évoluer avec

plus de facilité. Si nous nous trouvions en présence d'un cas où l'atrésie des maxillaires fût tellement marquée qu'on ne pût espérer un développement suffisant et s'il fallait absolument extraire une dent, nous conseillerions avec Lécluse, Duval, Audet et Maury d'enlever une prémolaire et de préférence la première, ainsi que le recommande également M. Roy. Cette dent a le plus souvent deux racines et par conséquent deux canaux, sa cavité pulpaire est de plus très aplatie et tous les praticiens savent les ennuis qu'elle donne au point de vue du traitement.

De plus, au point de vue de la prophylaxie de la carie interstitielle des dents antérieures, on fait de la place plus près de ces dents et par conséquent on a plus de chance d'amener le desserrement des incisives et canines en enlevant la première prémolaire.

Mais, dira-t-on, en présence des cas où le maxillaire est très peu développé et où les dents chevauchent les unes sur les autres et présentent des anomalies de siège et de direction, ne pourra-t-on obtenir par d'autres moyens que par l'extraction d'une dent un écartement suffisant et par conséquent éviter la carie interstitielle?

C'est précisément ce que nous prétendons faire au moyen de notre appareil et nous pensons d'une façon générale que c'est par des procédés orthopédiques qu'il faut chercher à obtenir le résultat désirable?

Il ne manque pas d'exemples en chirurgie générale montrant l'influence des pressions continues sur le tissu osseux.

Je vous rappellerai les appareils orthopédiques destiner à guider le développement des os dans certaines affections de ces organes. Je vous rappellerai de même des cas où des applications mal raisonnées de l'orthopédie ont occasionné des difformités.

L'influence des pressions même légères sur les os est d'ailleurs démontrée d'une manière indiscutable par l'usure exercée parfois par des parties molles (anévrismes, tumeurs, etc.).

Nous avons vu, lors de la présentation que je vous fis en octobre 1891, quels étaient les appareils prothétiques qui pouvaient être appliqués pour l'expansion que nous nous proposons et nous n'admettions que celui de Coffin et l'usage de la vis de Jack sur la plaque palatine, divisés l'un comme l'autre en deux portions latérales, parce que ce sont les seuls qui puissent agir dans ce sens.

Nous avons démontré plus haut que le développement de la partie postérieure des maxillaires est plus considérable que l'antérieure ; c'est pour cette raison qu'il y a intérêt à adopter notre plaque puisqu'elle répartit sa force sur la totalité de l'arcade, mais surtout sur la partie postérieure répondant en ce sens à une tendance naturelle.

En principe nous rejetons les systèmes emprisonnant un groupe de dents, si restreint qu'il soit, à cause de leur action antihygiénique ; de plus, si nous emprisonnons, nous nous opposons à l'ampliation de la partie cachée. Les appareils de Coffin et de Jack ont des inconvénients que je vous ai énumérés.

Puisque nous pensons pouvoir atténuer les chances de carie par un procédé orthopédique, armons-nous de tous les avantages possibles, c'est en partant de cette idée que nous trouvons une grande valeur dans notre appareil.

L'hygiène est la base incontestable qui puisse permettre d'espérer un milieu buccal sain. Mais pour que cette hygiène puisse être praticable il faut la favoriser en régularisant les arcades dentaires. Or, dans ce but, l'appareil qui répondra à nos besoins sera celui qui n'aura aucun inconvénient septique. En conséquence voici comment nous entendons qu'il soit construit : les parties qui devront être en contact avec les dents seront limitées, non pas au collet de celles-ci, puisque le collet des dents est en général sous la gencive à l'âge où l'on fait de l'orthopédie, mais sur la dent, à sa face palatine le plus étroitement possible. En un mot la plaque doit toucher les dents sans en cacher complètement la face linguale.

La description de la fabrication de l'appareil et les moyens d'en graduer l'action, vous les connaissez ; ils ont été également donnés dans la communication que je vous ai rappelée. On a fait à notre appareil le reproche d'agir d'une manière intermittente, tandis que tous les appareils de redressement devraient agir d'une façon continue. Nous trouvons ce reproche injuste, car on peut par notre système diriger ses efforts aussi rapidement qu'on le veut ; on n'a qu'à remplacer plus souvent les fils métalliques, mais à notre sens, vouloir aller trop vite serait s'éloigner du travail de la nature. On arrive à déplacer assez rapidement une dent, mais il faut beaucoup de temps pour que cette dent soit stable et solide, car il est nécessaire que du tissu osseux soit venu l'entourer de toutes parts, afin de lui constituer un alvéole de nouvelle formation. Lorsqu'on cherche à déplacer une dent dans un sens donné, on la presse contre une paroi osseuse qui est résistante, et le déplacement ne peut s'opérer que si cette paroi se résorbe, s'use, s'il se produit de l'ostéite raréfiante à ce niveau. De même, du côté d'où vient l'effort, il se produit un vide, un espace entre la dent et la portion d'os, et pour que l'alvéole de nouvelle formation soit solide il est nécessaire qu'il se forme à ce niveau une sorte d'ostéite condensante. Il est indiscutable qu'il faut un certain temps pour que ces phénomènes se passent et nous le voyons tous les jours dans les redressements ; si l'on veut arriver trop rapidement à un résultat, on amène de la périostite, on compromet par conséquent la vitalité de la dent. Même en admettant qu'on arrive au résultat qu'on cherche, il faut placer un appareil de maintien pour laisser aux tissus le temps de s'affermir, de se condenser et pour arriver à ce qu'un alvéole soit solidement constitué. Puisqu'il faudra de toute façon s'arrêter pendant un certain temps pendant que l'appareil de maintien laissera le travail intra-osseux s'achever, il nous semble préférable de laisser la consolidation se faire peu à peu. Si le sujet est jeune, on évitera des poussées aiguës de périostite, les dangers de mortification, en procédant doucement. Si au contraire il est déjà avancé en âge, la constitution de son tissu osseux s'oppose

à une modification trop rapide. Dans les deux cas on laissera aux bords alvéolaires le temps de se condenser.

Il faut bien remarquer que nous ne prétendons pas faire un travail anti-physiologique, nous désirons amener l'ampliation, favoriser le développement des maxillaires ; or, ce développement se fait peu à peu d'une façon normale, nous l'avons montré plus haut ; nous ne voulons que le guider en quelque sorte ; d'ailleurs, nous n'agissons pas que sur les dents, nous agissons sur chacune des moitiés de la voûte palatine et, par conséquent, sur l'os. Cette action sur l'os est un des points les plus importants à faire ressortir ; nous pouvons, en effet, à volonté, en échancrant l'appareil au niveau d'une ou deux dents, l'empêcher d'agir sur elles, de même qu'en mettant un épaississement entre une dent et la partie du caoutchouc qui doit être en contact avec elle, nous pouvons agir beaucoup plus vigoureusement sur celle-ci. Donc, action généralisée ou localisée à volonté.

Enfin, faisons remarquer que, tout en n'agissant que sur un seul maxillaire, il faut que nous songions en même temps à l'autre.

On a vu que nous nous sommes occupé presque uniquement dans cette communication du maxillaire supérieur. En effet, lorsqu'il existe du chevauchement des dents l'une sur l'autre et des anomalies de position et de direction, le même défaut existe en général aux deux maxillaires. Or, l'engrènement des dents de la mâchoire sur laquelle on agit avec les dents de la mâchoire opposée oblige celle-ci à suivre un développement parallèle à celle-là, surtout si on ne cherche pas à agir trop rapidement.

Toutefois, dans certains cas, l'atrésie est sensiblement plus développée sur un maxillaire que sur l'autre ; il est alors indiqué d'agir plus spécialement sur celui qui est le plus rétréci.

Dans le cas où on voudra faire un appareil agissant sur le maxillaire inférieur, ainsi que nous l'avons déjà fait, il suffit d'en modifier la confection en fixant les coulisses très près des dents antérieures pour gêner la langue le moins possible et en faisant en sorte que les deux ailes puissent s'éloigner parallèlement l'une de l'autre. Donc, les avantages sur lesquels nous insistons spécialement sont, outre sa facilité d'exécution et sa solidité, son action généralisée ou localisée à volonté, son côté hygiénique, l'action lente ou rapide et la possibilité d'appliquer le même procédé aux deux maxillaires.

De plus, la graduation est en quelque sorte mathématique ; on sait que chaque fois que l'on place un fil d'une épaisseur d'un demi-millimètre entre la tige et le fourreau, on aura amené une ampliation d'un demi-millimètre lorsque l'appareil ne sera plus serré. Cette graduation mathématique ne peut s'obtenir avec l'appareil de Coffin ; elle ne peut être promise qu'avec la vis de Jack, étant donné le principe de la vis micrométrique ; j'ai parlé des inconvénients de ce système dans ma communication antérieure.

Une question très importante est de savoir à quel âge, à quelle époque on doit intervenir.

Lorsque les incisives ont fait leur éruption, on voit déjà nettement d'après leur volume, le plus souvent, la façon dont elles sont placées, si l'arcade sera ou non régulière et s'il reste assez de place pour l'évolution des autres dents.

Mais, objectera-t-on, peut-on affirmer à ce moment que le maxillaire ne se développera pas suffisamment pour laisser assez d'étendue aux canines et aux prémolaires? Nous avons vu plus haut que la partie antérieure de la courbe du maxillaire ne se développe pas d'une façon considérable ; il s'ensuit qu'on ne doit pas compter sur un développement très marqué et il y a déjà des cas à cet âge où l'application est indiquée, par exemple, lorsque les incisives chevauchent et qu'il n'existe certainement pas assez de place entre les incisives latérales et les premières grosses molaires.

D'ailleurs, si l'indication n'est pas formelle, si on pense que la différence entre le volume des prémolaires permanentes et des molaires temporaires laissera une place suffisante pour l'éruption de la canine, on peut attendre que les prémolaires soient poussées pour agir.

Enfin, si l'on n'est pas encore certain à cet âge, on attendra l'éruption des canines.

De même, en effet, que, dans certains cas, les incisives trouvent leur emplacement presque complet lorsqu'elles chevauchaient au moment de leur éruption, de même quelquefois les incisives sont au début très bien rangées et ce n'est qu'à l'apparition des canines qu'on s'aperçoit de l'atrésie des maxillaires ou du moins de l'insuffisance de place pour le volume des dents.

La présence de dents de lait n'est pas un obstacle pour ce traitement, d'autant plus que souvent les follicules des dents permanentes sont embrassés par la racine des dents temporaires ; nous constatons en effet souvent, en enlevant des molaires de lait, que les prémolaires permanentes sont situées entre leurs racines. La dent serait donc entraînée avant d'avoir apparu sur le bord des maxillaires. D'ailleurs, on ne risque absolument rien à l'appliquer; il n'y a pas à craindre que les dents ne s'écartent trop, car j'admets toujours que le travail est surveillé, et il est forcé de l'être puisqu'on a besoin de revoir le sujet pour mettre le fil qui doit continuer l'écartement chaque fois qu'un progrès est obtenu. Quant à la tolérance des sujets, elle est parfaite ; ils n'éprouvent aucune douleur, s'y habituent rapidement et cette barre qui est située au milieu du palais ne les incommode pas, comme on pourrait le craindre. Il faut faire remarquer d'ailleurs que les maxillaires atrésiés possèdent le plus souvent des voûtes palatines assez profondes et facilitent par cela même le logement du mécanisme.

Outre les raisons que nous venons de donner pour guider dans les indications, il faut tenir compte de l'esthétique et ne pas chercher naturellement à écarter, à amplifier un maxillaire déjà trop large pour l'harmonie de la face ; dans ce cas, très rare heureusement, on pourrait avoir recours aux moyens chirurgicaux si la déformation était trop accentuée.

On peut encore objecter qu'il ne suffit pas de faire de la place sur une arcade alvéolaire, que ce soit par l'orthopédie ou par les moyens chirurgicaux, pour que les dents se rangent régulièrement, et tout le monde a vu des incisives centrales chevaucher alors que la perte d'une incisive latérale aurait dû leur permettre de se desserrer. Nous répondrons que nous pouvons avec notre appareil nous attaquer plus spécialement à telle ou telle dent, mais que nous n'en faisons pas un appareil de redressement pouvant servir à tous les cas. On agira par d'autres procédés ; la première chose nécessaire, indispensable est d'abord la place ; nous avons à notre disposition d'autres appareils pour attirer la dent dans cette place.

Je terminerai en vous rappelant que je vous ai déjà communiqué autrefois quelques observations à ce sujet et je vais vous présenter un cas que j'ai *terminé* il y a quelque temps.

Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, et j'insiste sur son âge, car si j'ai obtenu le résultat que je vais vous montrer, il me semble évident qu'on obtiendra un résultat beaucoup plus décisif en intervenant plus tôt.



Fig. nº 1 représentant l'arcade avant la rectification.

Observation.

Mlle F., santé vigoureuse, forte ossature, a l'aspect de la bouche rendu fort disgracieux par la proéminence des canines et le chevauchement très accentué des incisives centrales. Les incisives latérales sont en rétroversion ainsi que les prémolaires ; il existe une atrésie très marquée au niveau des dents de ce groupe.

Notre appareil spécial est appliqué au mois d'août de l'année dernière. La jeune fille ne peut être surveillée d'une façon suivie à cause de son séjour à la campagne pendant deux mois.

Le travail est repris en octobre, à la rentrée des classes ; un autre appareil est appliqué et réglé à des époques à peu près régulières, c'est-à-dire tous les huit ou dix jours.

Au mois de mars suivant, c'est-à-dire six mois après l'application surveillée, toutes les dents étaient rentrées dans l'ordre, comme vous allez pouvoir le constater.

Nous confectionnons un appareil de maintien qui est supprimé un mois après par intervalles variant entre deux à cinq jours pen-

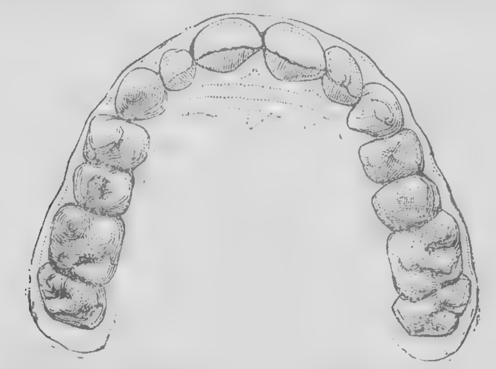
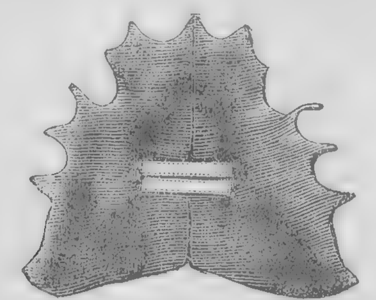


Fig. n° 2 représentant l'arcade rectifiée et fixe.

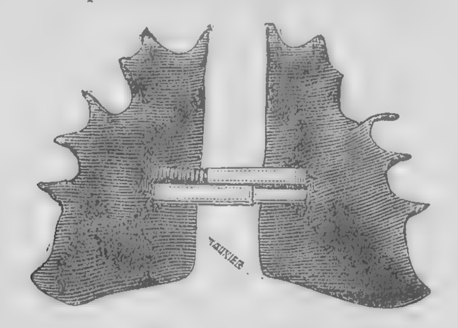
dant deux mois. Depuis le mois de mai, la jeune fille ne porte aucun appareil, car nous avons revu la cliente il y a environ trois



Appareil avant la mise en action.

semaines, c'est-à-dire presque un mois après la suppression de toute plaque, ce qui permet d'affirmer la stabilité du résultat.

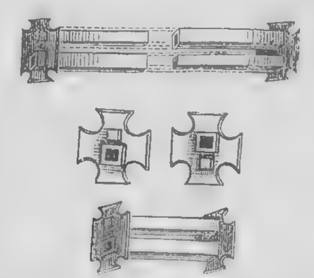
Je vous prie de me pardonner d'avoir exhumé en quelque sorte



Appareil au maximum d'écartement.

mon appareil, que je vous avais déjà présenté antérieurement. J'espère que ce résultat indiscutable vous encouragera à l'essayer

et je crois que vous excuserez la longueur de ma communication étant donné l'importance du résultat que j'ai cherché : régularisation des arcades dentaires et atténuation d'une cause prédisposante très importante d'une forme de carie dont vous avez tous pu constater les inconvénients.



Système à fixer dans l'appareil.

Cette régularisation permet de pratiquer l'hygiène buccale physiologique, de conserver par des soins de propreté très simples l'intégrité de ces organes que nous cherchons à obtenir pour le bon état de la bouche et des dents de nos malades et par conséquent pour une partie de leur santé générale.

I. — ODONTOME ODONTOPLASTIQUE ADAMANTIN

Par M. Ed. Touvet-Fanton,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

C'est une dénomination un peu pompeuse que celle dont on a gratifié ces petites productions d'émail.

Les odontomes adamantins, sans être absolument rares, ne sont cependant pas non plus très communs.

En voici un, placé, comme la plupart de ses semblables, au-dessous du collet de la dent qu'il ornait, si je puis m'exprimer ainsi : ce petit grain d'émail est, en effet, surtout intéressant par son aspect de pureté, sa blancheur animée, qui, s'il était détaché de l'organe qui le porte, pourraient assez aisément le laisser prendre pour une perle fine.

Ils n'ont pas toujours cet éclat.

II. — TUMEUR FIBREUSE DU PERIOSTE

Par M. Ed. Touvet-Fanton

Ces tumeurs sont assez fréquentes pour n'exciter que relativement notre curiosité. En voici une cependant qui offre cette particularité, d'avoir son pédoncule attaché presque à la hauteur du bord libre

de l'alvéole et d'avoir contourné la racine à laquelle elle est liée, jusqu'à en faire le tour presque complet de l'autre côté, chassant celle-ci aux deux tiers de son alvéole, à mesure qu'elle s'épaississait. Cette tumeur est d'environ la grosseur d'une noisette. On peut se convaincre de sa marche rien qu'à l'examen, car elle est bien détachée, sur tout son parcours, de la dent à laquelle elle n'adhère que par son pédoncule.

Ce n'est donc pas un épaississement de tout le périoste même.

Remarquons, d'ailleurs, une fois de plus, que le sujet sur lequel elle a été trouvée est d'une santé très délicate et d'un tempérament lymphatique et que les petites affections du genre de celle qui nous occupe trouvent sur ces sujets un terrain particulièrement favorable à leur développement parasitique.

III. — OBSERVATION SUR UN CAS D'ABCÈS DU SINUS MAXILLAIRE PAR TRAUMATISME

Par M. Ed. Touvet-Fanton

M. Charles Bastien (cocher, cité Industrielle, 23), âgé de trente-cinq ans, vint consulter à la clinique de l'Ecole dentaire au commencement du mois de janvier 1886. A cette époque je terminais mes études comme élève à l'Ecole, et ce fut sous la direction de M. Dubois, alors chef de clinique, que je traitai le malade. Celui-ci se plaignait de ressentir de vives douleurs dans le côté droit de la face, et d'infection des fosses nasales et de la bouche.

Les particularités suivantes s'offraient à l'examen : écoulement intermittent de pus par le nez, dans certaines positions de la tête ; écoulement aussi par une ouverture de peu de dimension située sur le bord labial de la gencive, entre la deuxième grosse molaire et la première qui faisait défaut (extraite deux mois auparavant), cette ouverture n'étant autre que celle d'un canal ouvert naturellement dans le sinus maxillaire par une racine de la grosse molaire extraite, canal qui était déjà en voie de se refermer ; correspondance entre cette issue et les fosses nasales ; un peu de convexité de la voûte palatine, pas de gonflement des fosses nasales, mais un peu d'inflammation, très peu d'élévation de l'os malaire, mais une sensibilité assez considérable de cet organe à la pression, sensibilité s'étendant à toute la région environnante et s'accentuant dans celle située entre l'os malaire même et le nez. L'exploration du système dentaire offre un état très satisfaisant. Le sujet, d'ailleurs, est bien portant ; bonne constitution, quoiqu'ayant habité trois ans les colonies ; pas d'accidents scrofuleux, ni syphilitiques, ni diathésiques d'aucune sorte.

D'autre part, le sujet, dans une lutte qu'il eut à soutenir, environ deux ans auparavant, vers le commencement de 1884, contre des rôdeurs de nuit, reçut un coup de poing américain, vigoureusement asséné sur le côté droit de la face, mais après quelque temps de souffrances, que l'on doit juger inévitables, rien chez le sujet n'est resté anormal à sa connaissance.

Plus tard, vers le mois de novembre 1885, il se fit extraire la première grosse molaire dont il a déjà été question plus haut, qui était atteinte d'une carie pénétrante et dont il souffrait horriblement. L'opération fut, dit-il, très longue et des plus pénibles, l'opérateur finalement cassa la couronne et ne put extraire l'autre partie. L'opération fut reprise une seconde fois par un autre dentiste, à peu près quinze jours plus tard et la dent put enfin être totalement extraite, mais avec des souffrances atroces qui persistèrent longtemps après l'ablation.

C'est environ à cette époque que commencèrent à se révéler les symptômes que nous avons précédemment énumérés.

Ceux-ci nous faisaient suffisamment diagnostiquer le genre de l'affection présente, un abcès du sinus maxillaire, affection passée inaperçue d'abord, et qui a aujourd'hui acquis une grande intensité dans sa forme devenue chronique.

L'écoulement du pus ne se faisant pas avec une facilité suffisante, et le canal formé par la racine de la dent extraite tendant toujours à se refermer, son élargissement fut jugé nécessaire et on fit la ponction au trocart (janvier 1886) avec application ensuite d'un drain en caoutchouc et des injections antiseptiques.

En février 1886, le canal fistuleux se refermait encore.

Il fut ouvert à nouveau, et il fut ordonné au malade d'y introduire des mèches imbibées de la mixture suivante :

Teinture d'iode	4
Créosote	2
Iodure de potassium	1

en même temps que des irrigations de solution phéniquée, devaient être faites à l'intérieur, etc., etc. L'exploration du sinus fut faite également afin de s'assurer qu'aucun corps étranger n'y était présent ; rien ne fut découvert, sinon une résistance qui pouvait passer pour normale, étant donné la diversité de la forme des sinus en général.

Le drain en caoutchouc étant devenu insuffisant, je confectionnai un appareil en caoutchouc vulcanisé muni d'un drain en tube de platine percé de trous pouvant se boucher à volonté, l'appareil portant en outre les dents absentes dans la bouche du malade [1].

En mars 1886, le sujet est dans un état d'amélioration sensible, le régime auquel il est soumis consiste uniquement à faire des irrigations fréquentes d'antiseptiques solutions d'acide phénique, de permanganate de potasse, etc., etc., celui-ci de préférence, parce qu'il joint à ses effets antiseptiques l'avantage de supprimer en partie l'odeur infecte dont se plaint amèrement le malade. Ces irrigations sont facilitées par le drain nouvellement appliqué, le courant s'établit maintenant très bien entre le conduit fistuleux et les fosses nasales.

---

1. Le moulage en cire coloriée du maxillaire du sujet et de l'appareil a été déposé au musée de l'Ecole en mars 1886.

Fin mars 1886. Le canal se referme, ouverture à nouveau de son diamètre ; application de mèches nombreuses comme précédemment; injections antiseptiques, solutions iodées, nouvelle exploration du sinus pour s'assurer que le sinus n'a pas été brisé, et s'il n'y a pas de séquestre ; rien d'apparent, toujours très grande sensibilité à la hauteur de l'ouverture supérieure du canal ou paroi inférieure du sinus quand on y fait pénétrer une sonde. Continuation du traitement.

Avril 1886. Plus de suppuration apparente, mais continuation du traitement antiseptique.

Depuis cette époque le malade ne revint plus à la clinique et force me fut d'abandonner cette observation, lorsque, vers le milieu de l'année 1889, j'eus la satisfaction de retrouver par hasard mon malade, et de le retrouver guéri, mais je dois avouer que, à mon désappointement, j'appris que cela n'avait pas été par nos soins.

Notre sujet en effet, était parti de la clinique se croyant guéri, trompé par l'accalmie qui s'était manifestée dans la suppuration, et vit avec grande déception le mal réapparaître avec une nouvelle intensité. Fatigué ensuite des soins qu'il se donnait, et qui, disait-il, n'aboutissaient pas assez vite, il fit..... ce que font bien des malheureux atteints d'affections chroniques, il cessa tout traitement, quitta son appareil et laissa faire.

L'affection prit une recrudescence dangereuse, le malade changeait de physionomie et de caractère à la fois. Poursuivi par l'odeur insupportable du pus qu'il retrouvait jusque dans ses aliments et jusque dans « la fumée de son tabac » il était irascible à propos de rien et dégoûté de tout.

Bientôt il eut ce physique jaune à traits tirés, cette face terreuse des intoxiqués et tomba dans un état de prostration qui l'amena où il aurait dû venir depuis longtemps : il entra à l'hôpital et se fit opérer vers 1888 ou 89, le curettage du sinus amena en peu de temps la guérison complète et absolue, et lorsque je revis le sujet, il était en pleine santé. C'est ainsi que, grâce à ses indications, j'ai pu donner suite à cette petite note et en tirer enfin conclusion.

Et d'abord, si nous cherchons les causes de la maladie, nous donnerons la priorité au coup de poing américain reçu en 1884, ne considérant au contraire l'extraction pénible qui lui fut postérieure en novembre 1885 que comme une suite naturelle de ce premier choc, celui-ci ayant très probablement amené, par l'inflammation du sinus et de toute la région environnante qu'il provoqua, de l'exostose des racines. Mais cette extraction, ce nouveau choc, opératoire, cette fois, vint donner à la maladie, poursuivant son œuvre sourde et lente, un nouvel élan et fit surgir les symptômes qui ont amené le malade à la clinique. Il n'est pas rare, en effet, de voir ce genre d'affection mettre de très longs mois, voire même des années à se développer, à l'insu des sujets affectés : témoin ces cas de lente déformation de la face comme en cite Ch. Heath, qu'ils occasionnent quelquefois sans autre phénomène apparent.

D'autre part, malgré nos soins donnés alors sous la direction de

notre éminent chef de clinique, notre aimé maître, M. Dubois professeur, nous avons vu dans ce cas, grave évidemment, l'affection bridée, il est vrai, mais non résolue, et cela en un espace de quatre mois.

Et les cas sont bien plus fréquents qu'on ne le pense des affections du sinus qui résistent aux meilleurs soins médicaux.

Nous ne voulons évidemment pas conclure de là qu'il faille absolument bannir leur traitement du domaine médical ou de la petite chirurgie, du domaine des soins donnés par le chirurgien-dentiste, qui bien souvent en triomphe, perfectionnant son traitement par l'adjonction de petits appareils qui, tout en soulageant le malade, lui sont à lui-même d'un grand secours ; tel l'appareil portant un drain métallique comme nous l'avons nous-mêmes créé à l'époque à laquelle remonte notre observation et qu'a si ingénieusement perfectionné récemment M. Francis Jean.

Mais nous pensons que dans tous les cas graves, même dans tous les cas qui, malgré une ouverture convenable du canal dans le sinus et les parties adjacentes, résistent plus de quelques semaines, il est de notre devoir de confier à la grande chirurgie, à la chirurgie pure, le soin d'en triompher par le curettage.

Le curettage et ses pansements directs, à notre avis, sont le traitement par excellence des affections du sinus, ils résolvent, en quelques jours, d'une façon absolue, ce qui, dans les meilleures conditions, nous demande plusieurs semaines, souvent plusieurs mois et quelquefois nous échappe tout à fait.

En somme l'opération est courte et bénigne, la perte de matière que l'on reproche souvent à juste titre à la chirurgie est ici insignifiante : quand elle existe, elle ne consiste relativement qu'en un très petit bord du maxillaire, correspondant à la paroi d'un alvéole.

Nous-mêmes pour conduire un traitement convenable, nous devons ouvrir (par un alvéole le plus souvent) un canal assez large, qui suffit dans la plupart des cas à l'opération du curettage.

HYSTÉRIE ET OPÉRATIONS DENTAIRES

Par MM. le Dr Lemarié et Albert Bernard

Lasègue se plaisait jadis à dire : la syphilis, c'est le jésuitisme de la pathologie.

Cette dénomination si pittoresque et si vraie, on pourrait l'appliquer aujourd'hui à juste titre à l'hystérie. La grande névrose, en effet, est actuellement devenue tellement commune, envahissant toutes les classes et tous les milieux, qu'il faut s'en défier avec le plus grand soin et avoir toujours l'attention éveillée à cet égard.

A quoi faut-il attribuer cet envahissement progressif de l'hystérie?

Lorsqu'en 1859, Briquet publiait son *Traité de l'hystérie*, on ne considérait guère cette affection que comme une curiosité, une rareté pathologique.

Aujourd'hui l'hystérie est partout et chez tous : pour certains auteurs, ce serait là une marque dégénératrice de l'espèce ; et, en réalité, philosophes et biologistes sont d'accord pour reconnaître que les progrès de la civilisation provoquent un surmenage intellectuel et physique, des soucis toujours croissants qui ne sont point sans déprimer le système nerveux et le mettre dans un état de « *minoris resistantiæ* ».

Il est certain que ces faits inhérents à l'époque que nous traversons jouent un rôle incontestable dans la genèse de l'hystérie.

Mais, d'autre part, j'aime assez à trouver la confirmation d'un aphorisme célèbre de M. le professeur Charcot : « On ne voit que ce que l'on a appris à voir. »

On n'a remarqué la fréquence de l'hystérie que du jour où on l'a bien connue, où les neurologistes l'ont mise au point et l'on fait rentrer dans un cadre nosologique nettement délimité.

Pour en terminer avec ces généralités, je tiens à vous mettre en garde contre une opinion ancienne qui n'est plus aujourd'hui qu'un préjugé et doit être considérée comme une erreur formelle. Il y a quelques années encore, on disait volontiers : « L'hystérie, c'est une maladie de la femme, l'homme n'est pas hystérique. » Et quand on rencontrait un cas d'hystérie mâle, on n'hésitait pas à le considérer comme une curiosité pathologique. N'en croyez rien, c'est là une opinion erronée, s'il en fût jamais ; soyez bien convaincus que l'hystérie est aussi fréquente, je dirais volontiers plus fréquente, chez l'homme que chez la femme.

Permettez-moi de citer un seul fait à l'appui de ce que j'avance : M. Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté de médecine, voulant, l'an dernier, à son cours de pathologie mentale, présenter un cas type d'hystérie, ne put le trouver dans son service de femmes, bien qu'il fût abondamment pourvu en malades de ce genre ; dans son service d'hommes, au contraire, il n'eut que l'embarras du choix parmi les plus beaux modèles de la grande névrose.

Quelle est l'influence de l'habitation et du pays sur la fréquence de l'hystérie ? Il est certain que l'hystérie est plus commune à la ville qu'à la campagne ; les conditions de l'existence surchauffée que l'on mène dans les grandes villes prêtent beaucoup plus au développement de l'hysterie que le calme de la vie rurale.

En Allemagne, on se plait volontiers à dire que l'hystérie est plus fréquente en France que chez les nations voisines ; tout récemment encore, au Congrès de médecine interne de Berlin, le professeur Wernicke (de Breslau) développait cette théorie en l'appuyant même sur cette hypothèse qu'il y avait une différence d'organisation entre le cerveau des Français et celui des Allemands ; je ne crois pas que cette théorie demande une réfutation sérieuse : c'est là, une opinion aussi erronée que prétentieuse, comme nos voisins d'Outre-Rhin ont assez fréquemment coutume d'en émettre à notre égard.

Tel est dans ses grandes lignes l'état actuel de l'hystérie ; vous voyez quelle grande place elle tient dans le cadre nosologique, vous

comprenez quelle important rôle elle joue dans les différentes conditions pathologiques. Elle ne restera point indifférente, soyez en certains, en face d'une opération dentaire quelle qu'elle soit, et un hystérique, sous le coup de votre intervention ne réagira point de la même façon qu'un individu indemne de toute tare nerveuse.

Ce peut-être là l'origine d'accidents graves, du moins de désagréments fréquents.

Bien que ce sujet des relations qui peuvent exister entre l'hystérie et les opérations dentaires ne soit point un sujet banal ou dépourvu d'intérêt, jusqu'ici il n'a pas tenté de nombreux adeptes ; j'ai eu, en effet la curiosité de consulter le catalogue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Paris depuis 40 ans, et j'ai été vivement surpris qu'aucun candidat n'ait eu l'idée de choisir cette question pour en faire son ouvrage inaugural.

Les rapports de l'hystérie avec les opérations dentaires peuvent se présenter sous deux aspects différents : dans un premier cas, l'opération a lieu chez un hystérique confirmé ; dans le second cas elle a lieu chez un sujet hystérique en puissance et deviendra alors l'occasion de la première manifestation active de la névrose latente.

C'est un fait d'une banalité vulgaire, qu'un individu sain se rendant chez le dentiste pour faire pratiquer sur son maxillaire une opération quelconque, le plus souvent « pour se faire arracher une dent » — comme dit le bon public — ne monte pas l'escalier sans une certaine appréhension : on a fait maintes fois le tableau du patient en proie à la crainte de la douleur, hésitant devant l'inconnu, qui s'arrête sur le carré, le doigt sur le bouton de la sonnette, puis, la panique l'emportant, redescend l'escalier en déroute.

Si la menace d'une opération bénigne en soi peut produire une telle impression sur un individu sain, quel ne sera point son effet sur un sujet hystérique chez lequel toute émotion prend une importance exagérée, et qui ressent chaque impression transformée et grandie par l'imagination affolée ! Aussi n'est-il pas rare de voir ces malheureux, au moment même où le praticien leur fait ouvrir la bouche, dès qu'ils ont senti le contact ou même seulement l'approche d'un instrument quelconque, tomber dans une violente crise hystérique au grand désagrément de l'opérateur.

Tout récemment encore j'eus l'occasion d'observer un fait de ce genre : je fus appelé en toute hâte auprès d'une jeune fille en proie à une grande attaque hystérique ; je ne tardai pas à savoir que cette crise avait pris naissance à la suite de l'avulsion d'une dent pratiquée par un dentiste des plus distingués et bien innocent du résultat de son intervention. D'ailleurs la recherche des commémoratifs m'apprenait bientôt que, quelque temps auparavant, cette jeune fille avait eu sa première attaque après s'être heurtée un peu violemment le coude sur l'angle d'un meuble. Dans le cas présent, vous voyez qu'il a suffi d'un traumatisme insignifiant en somme pour provoquer l'une et l'autre fois la manifestation hystérique.

Que ferez-vous donc en face d'une situation semblable, qui peut du reste se présenter journellement?

Ne vous effrayez point, laissez le malade se débattre ; au bout de quelques instants tout s'apaisera et rentrera dans l'ordre, à moins que vous n'ayez affaire à un grand hystérique sujet aux crises subintrantes ; mais le fait est exceptionnel et généralement ces malheureux évitent soigneusement toute occasion d'attaque. En un mot, vous laisserez votre client hystérique se débattre à son aise, en évitant qu'il puisse se blesser ou se heurter aux meubles voisins; vous entr'ouvrirez ses vêtements de manière à ce qu'il puisse respirer largement et à prévenir ainsi tout début d'asphyxie ; enfin vous flagellerez énergiquement le visage avec un linge imbibé d'eau fraîche. Telles sont les précautions élémentaires à prendre en pareil cas.

La situation devient un peu plus grave, du moins plus ennuyeuse en face d'un sujet hystérique en puissance, mais qui n'a point encore présenté d'attaque généralisée et chez lequel votre intervention va provoquer la première manifestation active. Le fait s'explique de lui-même par cette émotion exagérée à laquelle votre malade est en proie ; votre intervention devient la goutte d'eau qui fera déborder le vase ; il n'en est pas moins vrai que c'est sur son compte que l'on mettra l'éclosion de l'hystérie, c'est vous qui deviendrez le grand coupable et vous passerez pour avoir créé la névrose quand vous n'aurez été qu'un instrument inconscient et surtout bien innocent. Bien que la plus bénigne opération dentaire soit en définitive un traumatisme, on ne peut guère l'assimiler à ces grands traumatismes, déterminant chez les victimes cette névrose spéciale, cette neurasthénie anormale que les Allemands appellent l'hystéro-traumatisme et que les Américains ont baptisé du nom significatif de « railway spine ». Il est certain qu'une opération dentaire ne peut rien produire de tel : il faut, pour qu'elle la mette en lumière, que l'hystérie préexiste à l'état latent ; votre intervention pourra être alors le déclic qui mettra la machine en mouvement, mais la machine était sous pression et n'attendait que le moindre signal pour se mettre en marche !

Que ferez-vous donc en présence de cas semblables ? Comment vous mettrez-vous en garde contre cette hystérie menaçante ? Comment vous assurerez-vous que votre malade n'est pas sous le coup de la grande névrose et ne vous réserve point une désagréable surprise ? Les stigmates persistants de l'hystérie sont aujourd'hui bien connus, bien nettement fixés, et l'enseignement de la Salpêtrière les a largement vulgarisés. Mais allez-vous, avant chaque opération, soumettre votre malade à un examen détaillé ? Allez-vous rechercher l'hemi-anesthésie, les zones hystérogènes, le rétrécissement du champ visuel, etc. ? C'est là un examen qui demande un temps considérable, exige un matériel et des connaissances toutes spéciales sans compter que votre client pourrait, à juste titre, se montrer surpris de cette manière inusitée d'agir.

Rassurez-vous ; il est un procédé plus facile et presque infaillible de dévoiler l'hystérie. Il est un stigmate qui ne manque jamais et qu'il est très simple de mettre en lumière, surtout au point de vue spécial où nous nous plaçons : je veux parler du réflexe pharyngé. Nul de vous n'ignore que quand, chez un individu sain, on intro-

duit dans le fond de la gorge le bout du doigt ou une tige quelconque venant chatouiller l'arrière-bouche, tout le pharynx présente un mouvement de défense et se soulève violemment comme il le fait dans la nausée ou le vomissement.

Eh bien! ce réflexe pharyngé manque toujours chez les hystériques. Quoi donc de plus facile pour vous que de faire largement ouvrir la bouche au sujet sous le prétexte d'inspecter l'état général de la dentition, et introduire délicatement une tige quelconque, le manche d'un instrument, jusqu'au fond de l'arrière-gorge pour vous assurer de l'existence du réflexe pharyngé. S'il se manifeste en toute évidence, vous avez 99 chances sur 100 pour ne point avoir affaire à un hystérique ; si votre manœuvre ne donne lieu à aucune réaction, tenez-vous en garde, vous vous aventurez sur un terrain dangereux et il ne faudra point vous étonner des incidents hystériques susceptibles de compliquer votre intervention.

Quelque désagréable que puisse être, et pour le sujet et pour l'opérateur, l'apparition de la première attaque hystérique sous l'influence d'une opération dentaire, il serait peut-être quelquefois utile et bienfaisant d'y avoir recours. Je veux parler de ces hystéries monosymptomatiques qui ne se manifestent que par une toux, un hoquet ou un aboiement tenace, persistant des mois et des années, rebelles à tout traitement et ne se résolvant le plus souvent que par l'entrée du malade dans la grande hystérie régulière. Dans ces cas, l'émotion inhérente à toute opération dentaire, le léger trauma qui l'accompagne, peuvent devenir des agents suffisants pour provoquer la grande attaque mettant fin à la toux ou au hoquet hythmique.

Il serait intéressant que des tentatives de ce genre fussent pratiquées, car, si elles ne sont point suivies de succès, le malade n'en aura pas pour cela subi grand dommage et son affection ne s'en sera point aggravée.

Avant de terminer, permettez-moi d'ajouter quelques mots sur un point qui ne manque point d'ailleurs de vous être familier : méfiez-vous soigneusement des hystériques, surtout des femmes hystériques et en particulier ne les endormez jamais. Si quelque opération grave ou douloureuse nécessite l'anesthésie, il sera prudent de ne point opérer seul, de vous assurer du concours d'un confrère ou d'un médecin. Vous n'ignorez pas, en effet, que, pendant le sommeil artificiel, la femme, et surtout la femme hystérique, est susceptible de ressentir des impressions voluptueuses; au réveil elle mettra sur le compte de l'opérateur ce qui n'est que le résultat du sommeil anesthésique, elle chargera le malheureux praticien des accusations les plus graves et les plus accablantes contre lesquelles il restera désarmé, s'il a opéré seul. N'oubliez pas non plus que la femme hystérique ment pour mentir, qu'elle ment avec passion, et que, bien que son sommeil n'ait été traversé d'aucune espèce de sensation, elle peut pousser la perversité jusqu'à charger l'opérateur d'accusations d'autant plus mensongères qu'elles ne sont même point illusoires. Vous avez tous présente à la mémoire la fameuse affaire de l'amiral La Roncière Le Nourry, con-

damné en cours d'assises, alors qu'il était jeune officier de marine, sur la plainte formelle d'une jeune fille qui l'accusait de rapt et de viol ; il fut démontré plus tard et elle avoua que ces crimes n'avaient jamais existé que dans son imagination et quelle en avait elle-même préparé toute la mise en scène.

De ce que j'ai, peut-être un peu longuement, développé devant vous nous tirerons les conclusions suivantes :

1° L'hystérie est aujourd'hui d'une fréquence telle que vous ne pouvez guère échapper à son contact;

2° L'hystérie est au moins aussi fréquente chez l'homme que chez la femme ;

3° Il vous sera facile, en présence d'une attaque hystérique, de donner les premiers soins ;

4° Vous reconnaîtrez aisément l'hystérie par la recherche du réflexe pharyngé, quand vous la soupçonnerez chez un de vos malades ;

5° Vous ne prendrez jamais assez de précautions pour avoir recours au sommeil anesthésique chez une hystérique.

Je crois vous en avoir assez dit pour mettre votre prudence en éveil, trop heureux si j'ai pu vous éviter ainsi dans l'avenir quelques ennuis ou quelques désagréments.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 2 mai 1893.

Présidence de M. G. Viau, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/4.

M. Martinier, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal, qui est adopté après une observation de M. Barrié.

I. — Hystérie et opérations dentaires, par M. le Dr Lemarié

M. le Dr Lemarié donne lecture d'une communication sur ce sujet (Voir *Travaux originaux*).

Discussion

M. Laurent. — Voici ce qui m'est arrivé dans cet ordre d'idées : une jeune fille de 18 ans vient un jour chez moi, je lui extrais deux racines de grosse molaire côté droit, et tout à coup elle s'affaisse, en proie à une crise hystérique. Je la fais mettre sur le tapis, je lui fais desserrer ses vêtements, je lui flagelle la face, je lui fais même prendre de l'eau de fleurs d'oranger ; malgré tout, cette crise dure 20 minutes et est suivie d'une seconde qui en dure 25. La personne qui accompagnait la jeune fille me déclara que celle-ci avait été traitée pendant 3 mois pour hystérie par M. Charcot.

M. Poinsot. — La crise peut être augmentée ou diminuée suivant

le degré de confiance qu'inspire l'opérateur; par exemple, si c'est une célébrité médicale, le patient aura plus de confiance en lui que si c'est un simple dentiste.

Je puis également citer un cas de crise hystérique survenu dans mon cabinet. Un jour je reçois une lettre d'un docteur m'adressant une patiente pour une extraction et me promettant de venir la chloroformer; je lui réponds que je n'ai pas besoin de chloroforme, que la cocaïne suffit. Il m'écrit de nouveau pour me faire remarquer que c'est une grande hystérique et que le chloroforme est nécessaire; je lui réplique que je suis sûr de ma cocaïne et je lui demande de venir à jour fixé, à 5 heures du soir. Il ne put accompagner la patiente; je fis l'injection seul, j'enlevai la dent, et, le traumatisme fait, tout à coup ma malade se renversa en arrière les yeux blancs. Je recours à l'ammoniaque, dont je mouille le coin d'une serviette, la plaçant sous le nez du sujet; je couche le fauteuil, pour donner à la personne la position horizontale et je constate qu'elle respire l'ammoniaque avec volupté. J'éloignai doucement et peu à peu la serviette de son nez, pour éviter qu'elle absorbât un excès de vapeurs ammoniacales, elle suivait le mouvement et dès qu'elle eut atteint la position verticale, la crise fut terminée : elle avait duré 8 minutes.

La même semaine j'enlevai deux autres dents sans rencontrer de crise.

M. Viau. — Vous voyez combien une communication sortant de la pratique journalière peut provoquer des observations intéressantes. J'en ajouterai une, pour ma part. Ce matin, à la clinique, le Dr Pinet et moi, nous avons voulu opérer une patiente traitée par un élève de l'Ecole et, à cause de son état nerveux, il fut décidé de l'anesthésier au chloroforme. Elle eut une crise hystérique véritable qui dégénéra en simulation de sommeil, et il était impossible de la réveiller.

II. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA COCAINE, PAR M. G. VIAU

M. Viau donne lecture d'une communication sur ce sujet.

DISCUSSION

M. Poinsot. — Le tableau change quand vous prenez de la cocaïne pure et y il a des différences marquées entre le chlorhydrate de cocaïne, la tropacocaïne et la cocaïne: autant de sels, autant d'effets, par exemple, si nous employons la cocaïne pure, elle n'a plus de propriétés hémostatiques et, si nous divisons des vaisseaux, nous avons une hémorragie plus abondante.

V. Viau. — J'espère qu'un de ces jours nous aurons une communication de M. Poinsot, qui expérimente en ce moment la cocaïne pure et apporte sans doute de nouvelles modifications à son emploi.

III. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE DE LA CARIE INTERSTITIELLE PAR L'EXPANSION DES ARCADES DENTAIRES, PAR M. FRANCIS JEAN.

M. Viau donne lecture d'une lettre de *M. Francis Jean*, empêché,

par une indisposition, de se rendre à la séance, et demandant la remise de sa communication.

IV. — Un cas de réimplantation. Du choix d'un appareil contentif (cossas), par M. Barrié

M. Barrié donne lecture d'une note sur ce sujet (voir *Travaux originaux*) et présente l'appareil.

V. — Odontome odontoplastique adamantin. — tumeur fibreuse du périoste. — abcès du sinus, par M. Ed. Touvet-Fanton

M. Ed. Touvet-Fanton donne lecture de trois observations sur ces sujets (voir *Travaux originaux.*)

DISCUSSION

M. Meng. — Quel était le diamètre de l'ouverture du sinus ?

M. Touvet. — Il était difficile de le mesurer.

M. Meng. — Quelle était la dimension de la canule ?

M. Touvet. — Je l'ai oublié ; mais le sinus n'était pas comblé puisque le curettage a eu lieu.

M. Swaycarski. — En quoi consiste le curettage ?

M. Touvet. — On enlève une molaire ou bien on résèque une faible partie du maxillaire — les trois quarts du temps il suffit de l'entrée d'une racine — et le chirurgien introduit par là une curette et fait des pansements à gaze iodoformée ; il enlève tous les corps étrangers et arrive à un résultat parfait.

M. Roy. — Un de nos confrères a eu récemment un abcès du sinus dont l'origine remonte à un coup de baïonnette reçu pendant la guerre de 1870.

M. Poinsot. — Beaucoup de dentistes ont guéri des abcès par nos moyens et beaucoup ont échoué ; on peut donc toujours essayer et, si l'on ne réussit pas, s'adresser au chirurgien. Quand la cause est ancienne, il se peut qu'on ne réussisse pas, mais ce n'est pas une raison pour que nous n'essayions point.

Dernièrement, un rhinologiste que je connais me disait qu'il lui faudrait *quelques années* pour guérir un sujet chez lequel l'abcès avait envahi les os de la face.

M. Gillard. — Quand nous traitons le sinus, c'est très long, mais cela tient à nos lavages anodins et, si nous avions recours à des lavages plus énergiques, par exemple à de l'iode dans l'iodure de potassium, ce serait moins long.

M. Meng. — Je regrette que M. Touvet-Fanton ne puisse pas nous dire la dimension de l'ouverture, car c'est de là que dépend la guérison. Pour ma part, j'ai fréquemment à pratiquer des ouvertures pour un rhinologiste et je me sers de l'instrument de Younger.

M. Roy. — J'emploie le chlorure de zinc.

M. Touvet-Fanton. — Nous avons mis des mèches de teinture d'iode dans le sinus.

M. Gillard. — C'est dangereux, parce que vous pouvez y laisser des fibres de coton.

M. Viau. — Personnellement je critiquais l'intervention des chirurgiens, je pensais que nous faisions une ouverture moins large et qu'une ouverture était plus possible par un dentiste que par un chirurgien ; l'instrument du Dr Frey m'a fait changer d'avis, car il permet un raclage dans des conditions plus soignées.

M. Touvet. — L'opération n'est pas terrible à voir faire.

M. Gillard. — Les abcès du sinus sont rares ; c'est *abcès dentaire ouvert dans le sinus* qu'il faut dire. En raclant ce dernier avec une urette, on pourrait introduire du pus.

M. Touvet. — Le chirurgien doit intervenir.

La séance est levée à 10 heures 3/4.

Le secrétaire général,
P. MARTINIER

REVUE DE L'ÉTRANGER

LES ODONTOMES

Par M. le Dr DE ALBERTIS, de Gênes.

On entend par *odontome* un néoplasme formé de tissu dentaire résultant de conditions morbides de la pulpe, qui commencent à l'époque de la dentition (Broca).

Wedl critique cette définition parce qu'il ne la trouve pas rigoureusement fondée sur les recherches histologiques et parce qu'elle ne concorde pas toujours chronologiquement avec le développement des dents.

Nous l'avons acceptée dans l'attente d'une meilleure.

Pathogénie. — Pour mieux comprendre l'origine des odontomes, il est nécessaire de parcourir toutes les connaissances embryologiques de la dentition. Huxley, Kölliker et autres ont établi, il y a longtemps, que la dent future est représentée dans le fœtus par un amas de tissu sous-muqueux destiné à se mettre plus tard en rapport avec l'épithélium buccal. Le premier donne lieu à ce qu'on appelle les papilles dentaires, et développe l'ivoire et le cément; le second, l'organe de l'émail.

L'amas de tissu papilliforme va se développant avec la forme et le volume de la dent future, conformément à la loi fondamentale de l'hérédité.

La synthèse générique des dents ainsi fixée, Broca classe les odontomes à la suite de la période dans laquelle elles atteignent leur développement. Il les subdivise en quatre groupes principaux, savoir :

1° Ceux qui naissent avant le développement des cellules odontoplastiques, c'est-à-dire de ces cellules qui constituent la membrane de l'ivoire, en les désignant sous le nom d'*embryoplastiques* ;

2° Ceux qui se forment un peu avant la coiffe de la dentine et qu'il appelle odontomes *odontoplastiques* ;

3° Ceux qui naissent pendant la formation de l'émail et de la couronne, c'est-à-dire les odontomes *coronaires* ;

4° Ceux qui se développent aux dépens de la racine ou ondontomes *radiculaires*.

Odontomes embryoplastiques. — Ces néoplasmes sont constitués microscopiquement de deux manières différentes :

1° Ou d'un seul tissu fibreux par lequel ils ont une histogénie commune avec les fibromes des autres parties de l'organisme et qui les fait confondre facilement avec les fibromes propres du maxillaire. Il y a un caractère clinique qui peut d'ailleurs les faire distinguer des fibromes, ceux-ci étant enkystés dans le tissu alvéolo-gingival, tandis que les fibromes ont toujours une base sessile, avec des rameaux dans le périoste et le tissu osseux lui-même ;

2° Ou d'un tissu fibreux dans lequel sont engagées des papilles muqueuses et des portions de dentine et d'émail.

Cette première subdivision des odontomes, après l'ablation, dans la plupart des cas récidive dans la région opérée et, pour l'opération, réclame un chirurgien aussi habile dans le diagnostic que dans la technique opératoire.

La casuistique de ces odontomes embryoplastiques est très pauvre et très incertaine : Heath, Robin et Wedl seuls ont décrit un exemple de chacun avec les caractères histologiques qui leur sont propres.

Odontomes odontoplastiques. — Ceux-ci ont été étudiés avec beaucoup plus de précision. A leur début le germe dentaire est couvert d'une couche d'odontoblastes plus ou moins complète, mais l'ivoire n'est pas encore bien constitué.

Il s'ensuit alors une production de tissus dentaires, mais irrégulièrement distribuée, c'est-à-dire de l'ivoire, de l'émail et du tissu osseux, par suite de laquelle il se forme un néoplasme qui ne représente en aucune façon la plus petite partie d'une dent normalement constituée.

Les spécimens de quelques musées dentaires sont très appréciés à cause de leur rareté. J'ai rencontré un cas que je crois de cette nature par la façon dont il s'est présenté à l'opération et par sa conformation extérieure.

Du reste, William Fergusson est le premier qui, autant que je sache, ait décrit un spécimen rencontré dans la résection d'une portion du maxillaire correspondant à la deuxième molaire. Il dit que l'espace occupé physiologiquement par la deuxième molaire était garni d'une masse de tissu irrégulièrement adhérent, dur, résistant et ferme. Il s'aventura à la résection du maxillaire pour insuffisance ou erreur de diagnostic, car un acte opératoire aussi sérieux n'est pas absolument nécessaire, puisqu'on peut toujours enlever ces odontomes, le dentiste se faisant un facile passage pour les saisir avec sa pince, après avoir tailladé la paroi alvéolaire antérieure. (Le néoplasme que j'ai rencontré est venu beaucoup plus facilement et avec moins de douleur que l'extraction d'une grosse molaire.)

L'odontome décrit par Fergusson avait 3 diamètres supérieurs à 3 centim. et à la périphérie il présentait de petits grains d'ivoire.

A la section, on distinguait nettement des zones alternatives et un rayon dont le centre était au bord alvéolaire, formées de dentine et de cément. Il n'existait aucune trace de canal dentaire.

Le Dr Forget rapporte un cas analogue. La masse hétérogène occupait tout l'espace compris entre la première bicuspide et la branche montante du mandibule. Le malade avait 20 ans. Forget pratiqua la résection du maxillaire au moyen de deux traits de scie, l'un vertical en deçà des bicuspides, l'autre horizontal au niveau du trou dentaire inférieur. Il constata un peu au-delà des parois du maxillaire une masse de tissu dur, résistant, tuberculeux, du volume d'un œuf de poule.

Au-dessous du tissu morbide il existait du tissu fibreux et plus profondément encore la couronne d'une molaire. L'examen histologique établit clairement que ce néoplasme contenait de la dentine, de l'ivoire et du tissu osseux.

Harisson cite un troisième odontome odontoplastique qui occupait l'espace total entre les incisives et les molaires, qui se détacha spontanément en laissant une cavité suffisante pour enfoncer le bout du pouce.

Wedl décrit un quatrième exemple qui correspondait à la dent de sagesse inférieure et qui fut opéré par lui. Il était convexe à la face supérieure, concave à la face inférieure et couvrait la deuxième molaire voisine. Extérieurement il était conforme à celui mentionné par Fergusson. Microscopiquement il se composait d'une zone irrégulière d'ivoire, au milieu de laquelle étaient engagés des tampons d'émail. De plus, il présentait la singularité des sillons vasculaires parallèles, qui, çà et là, se dilataient en petites bourses, puis se divisaient en ramifications multiples : de ces canalicules vasculaires tiraient leur origine les canalicules dentaires formés en rayon.

Odontomes coronaires. — Les tumeurs de cette classe se forment après la consolidation de l'ivoire; aussi l'extrémité supérieure doit toujours représenter une couronne de dent normale, bien que l'hypertrophie ultérieure de la pulpe altère l'aspect général de la dent.

Cette variété est beaucoup plus commune que les précédentes. Tomes en a rencontré plusieurs fois.

Du reste, le tissu anormal est donné par l'hypertrophie circonscrite par la pulpe originaire. D'autres cas ont été cités par Salter et Margetson.

Dans quelques cas la dent porte des traces de déformation limitées à l'hypertrophie de certains points de la couronne. L'émail qui recouvre la couronne peut se trouver plus ou moins bien développé, mais dans quelque point on voit une légère dépression, au centre de laquelle se trouve une petite tache obscure. En sectionnant la dent longitudinalement, à la tache obscure correspond une cavité pratiquée dans l'épaisseur du tissu résistant, laquelle n'a aucun rapport avec la pulpe dentaire, puisqu'elle est extérieure à la cavité elle-même.

Si la lame est bien dirigée, on peut suivre la direction de l'émail, de la périphérie de la dent à l'intérieur de la cavité; la superficie de celle-ci se trouve revêtue d'un tissu plus ou moins parfait.

Mais outre ces cavités qui sont en réalité hors de la dent, l'examen histologique permet de découvrir le plus souvent d'autres cavités qui communiquent avec la principale cavité centrale de la dent occupée par la pulpe : les cavités, dans la direction canaliculaire qu'elles ont, arrivent à développer la déviation anormale du tissu.

Odontomes radiculaires. — On les rencontre très rarement; ils commencent à l'époque de la formation de la couronne de la dent et proviennent d'une hypertrophie de la pulpe exclusive des racines.

Il en résulte un néoplasme dur et résistant dans lequel on peut constamment découvrir la couronne de la dent respective et parfois aussi la racine ou les racines incluses dans la néoformation. L'examen histologique des odontomes radiculaires montre que les racines ne sont en aucun cas ni dilatées ni hypertrophiées, mais plutôt d'un volume diminué avec dépôt autour de celles-ci, en partant de l'extérieur : 1° d'une couche de cément ; 2° d'une d'ivoire ; 3° d'une de tissu osseux. La pathogénie de ces odontomes est ainsi expliquée à un certain moment du développement de la pulpe dentaire, celle-ci devient le centre d'une hypertrophie anormale de tissu qui, alimentée par un pédoncule uni à la pulpe normale, croît progressivement et entoure presque les racines et la couronne elle-même.

La stratification systématique elle-même des tissus (ciment, ivoire et os) dépend de ce que les racines étant contenues dans le sac dentaire, cette néoplasie reçoit à la périphérie un revêtement de cément, tandis que, à l'intérieur, la membrane odontoplastique engendre de l'ivoire et quelquefois du tissu osseux plus ou moins perfectionné.

Diagnostic. — Il est important d'établir le diagnostic exact des odontomes pour éviter si possible des opérations toujours sérieuses et inopportunes.

Quant au premier groupe de Broca, il faut avouer que le diagnostic ne peut pas toujours être émis d'une manière positive. On ne pourra l'établir avec certaine probabilité que quand le chirurgien aura réussi :

1° A limiter la tumeur ;

2° A préciser à quelles dents elle correspond et quelles dents elle remplace ;

3° A déterminer, à l'aide de l'incision exploratrice, le kyste rétentif et la mobilité de l'odontome.

Traitement. — Les odontomes du premier groupe sont mal supportés par le patient. Ceux des trois autres groupes passent inaperçus dans la plupart des cas jusqu'à ce qu'ils provoquent un processus inflammatoire aigu, duquel résultent une tuméfaction et une douleur de la partie. Alors le malade accourt chez le chirurgien pour faire mettre un terme à sa souffrance.

Le seul traitement efficace est celui de la cruentation. Si le néoplasme n'offre pas de prise suffisante, il est nécessaire de s'ouvrir une issue au travers de la paroi alvéolaire à seule fin de pouvoir le saisir avec une pince adaptée à la forme de l'odontome lui-même.

Une fois la partie délivrée de ce néoplasme, le malade éprouve un soulagement immédiat et la blessure, une fois traitée convenablement

avec des antiseptiques, se répare le plus souvent avec un tissu cicatriciel épais.

Cas de De Albertis. — Notre cas s'est rencontré chez un jeune homme de 17 ans. Il paraît que le néoplasme fut remarqué par le sujet et par ses parents à l'âge de 5 ans, une partie se trouvant hors de l'arcade dentaire inférieure à gauche en correspondance avec la première molaire. On se décida à consulter un médecin quand survinrent une vive douleur et la tuméfaction de la partie.

Tout d'abord nous crûmes qu'il s'agissait d'un séquestre alvéolaire de nécrose: à l'inspection nous remarquâmes une légère saillie d'un tissu rugueux et résistant en même temps, baigné de pus. De plus, par le sondage on pouvait percevoir la mobilité de la partie.

L'opération une fois proposée et acceptée, je réussis aisément à extraire le néoplasme au moyen d'une pince, sans excision préalable des parties molles et dégagement des parties osseuses. Le malade, quelques jours après, était complètement rétabli, une fois le processus réparateur survenu. Je classai par la suite le néoplasme parmi les odontomes odontoplastiques de Broca, après avoir constaté d'une manière pertinente les caractères distinctifs et spéciaux de ces tumeurs : notre exemplaire est de forme ovoïde irrégulière, dur, résistant, tuberculeux, de couleur jaunâtre opaque, présentant çà et là de très petits reliefs sphéroïdaux du volume d'une petite tête d'épingle, de l'aspect et de la résistance propres à l'émail des dents.

Son poids est de 8 grammes. Il a trois diamètres supérieurs à 32 sur 20 et 15 mm. Il manque des caractères d'une dent. Avec beaucoup de probabilité l'examen histologique établira qu'il est composé d'ivoire et d'émail, car jusqu'à aujourd'hui nous nous sommes abstenu de le sectionner pour n'en pas gâter l'aspect extérieur [1].

(*Il Progresso dentistico.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE ET LES ÉCOLES DENTAIRES DE PARIS

Sous ce titre nous lisons ce qui suit dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, dirigée par M. le Dr Lereboullet :

« M. Poinsot, directeur de l'École dentaire de Paris, nous adresse, avec une lettre fort courtoise, la note suivante. Nous avons accueilli l'article dont M. le Dr Magitot nous avait demandé l'insertion. L'impartialité nous fait un devoir d'accueillir de même la réponse de M. le directeur de l'Ecole dentaire de Paris et nous croyons devoir, après cette

1. *Bibliographie* : Bizzozero, Magitot, Tomes, Harris, Ziemssen, Broca Kölliker, West, Wirchow.

réponse, considérer comme définitivement close, dans ce journal, la controverse qui l'a motivée.

» L. L. »

Le Conseil de direction et le corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris protestent contre les appréciations de M. le docteur Magitot émises dans un article de la *Gazette hebdomadaire* (11 mars 1893).

En premier lieu, M. Magitot prétend que les Ecoles dentaires sont absolument dépourvues de tout caractère scientifique.

Pour l'enseignement théorique, nous avons parmi nos professeurs honoraires des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, parmi nos professeurs en exercice des anciens internes et même, depuis quelque temps du moins, un agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

M. le docteur Magitot juge bien légèrement, il nous semble, la valeur scientifique de personnalités possédant de tels titres.

Pour l'enseignement pratique, nous avons comme professeurs des dentistes rompus de longue date au manuel opératoire de l'art dentaire.

Notre Ecole est reconnue comme équivalente aux Ecoles étrangères les plus sérieuses par ces écoles elles-mêmes. Elle a plus de cent élèves, ce qui nous semble un argument assez important.

La Ville de Paris et le Conseil général lui accordent une subvention. Elle est reconnue d'utilité publique et nous avons comme élèves plusieurs docteurs en médecine.

Ces quelques raisons nous paraissent assez justes pour montrer que nous ne méritons pas le dédain dont voudrait nous accabler l'ancien président de la Société d'anthropologie.

D'ailleurs, nous avons pour nous l'appréciation flatteuse de MM. Verneuil, Trélat, P. Bert, Brouardel, Liard, Monod, nos présidents d'honneur. Il est vrai que M. Magitot ne veut tenir aucun compte de leurs jugements.

En second lieu, M. Magitot prétend qu'il existe sur les toiles-réclames de nos théâtres des annonces dans lesquelles les dentistes se parent du titre de professeur à l'école dentaire.

Nous le mettons au défi de le prouver, tout au moins pour les membres appartenant actuellement à l'Ecole dentaire de Paris.

D'ailleurs, en admettant même, ce que nous ne pensons pas, qu'un membre ait en quelque sorte failli à la dignité professionnelle, il nous semble peu juste de la part de M. Magitot de nous attaquer à ce sujet.

Semblerait-il logique à qui que ce soit d'attaquer M. Magitot, docteur en médecine, parce qu'il existe dans les vespasiennes des annonces de docteur en médecine?

Quant au dernier reproche au sujet de l'Exposition universelle, il suffira de dire à tous ceux qui jugent impartialement que M. Magitot était précisément un de nos juges les plus importants et qu'on ne pouvait guère de sa part s'attendre à beaucoup de tendresse à notre égard.

Nous n'attendions pas moins de l'honnêteté et de la courtoisie de M. le Dr Lereboullet. Les quelques lignes dont il a fait précéder la réponse de notre Directeur nous dispensent de tout commentaire qui ne ferait qu'en affaiblir la signification.

CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO

BUREAUX DES SECTIONS

SCIENCE

Subdivision A.

1re Section. — Anatomie et histologie

Président : R. R. Andrews, Cambridge, Mass.
Vice-président : E. P. Beadles, Danville, Va.
Secrétaire : F. T. Breene, Iowa City, Iowa.

2e Section. — Étiologie, pathologie et bactériologie

Président : G. V. Balck, Jacksonville, Ill.
Vice-président : Geo. S. Allan, New-York, N.-Y.
Secrétaire : E. S. Chisholm, Tuscaloosa, Ala.

3e Section. — Chimie et métallurgie

Président : D. R. Stabblefield, Nashville, Tenn.
Vice-président : J. S. Cassidy, Covington, K.-Y.
Secrétaire : E. V. Mac Leod, New Bedford, Mass.

4e Section. — Thérapeutique et matière médicale

Président : F. J.-S. Gorgad, Baltimore, Ms.
Vice-président : N. S. Hoff, Ann Harbor, Mich.
Secrétaire : Geo. E. Hunt, Indianopolis, Ind.

SCIENCE APPLIQUÉE

Subdivision B.

5e Section. — Chirurgie dentaire et buccale

Président : T. W. Brophy, Chicago, Ill.
Vice-président : M. H. Cryer, Philadelphie, Pa.
Secrétaire : J. F. Griffiths, Salisbury, N.-C.

6e Section. — Dentisterie opératoire

Président : Wm. Gaevic, Brooklyn, N.-Y.
Vice-président : Daniel N., Mac Quillen, Philadelphie, Pa.
Secrétaire : Wm. Grensahw, Atlanta, Ga.

7e Section. — Prothèse, orthodontie

Président : C. L. Goddard, San-Francisco, Cal.
Vice-président : T. S. Hacker, Indianopolis, Ind.
Secrétaire : E. H. Angle, Minneapolis, Minn.

8e Section. — Enseignement, législation, littérature

Président : J. R.-R. Patrick, Bellville, Ill.
Vice-président : H. L. Mackellops, San-Francisco, Cal.
Secrétaire : H. H. Whitslar, Cleveland, Ohio.

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 21 février 1893,

Présidence de M. Poinsot

Sont présents MM. Barrié, Bonnard, Bertrand, Denis, F. Jean, Martinier, Paulme, Sauvez, Tusseau, Touchard, Viau.

L'ordre du jour de la séance est ainsi fixé :

Procès-verbaux. — Ecole et Association générale. — Correspondance. — Demandes d'admissions. — Admissions. — Démissions. — Propositions diverses.

Les procès-verbaux de la Société de l'Ecole des 26 et 30 janvier sont adoptés après rectifications de MM. Poinsot et Touchard.

M. le président informe le Conseil de la mort du Dr Thomas.

Il donne ensuite lecture : 1° d'une lettre de *M. Gillard* qui envoie sa démission de directeur adjoint et de membre du Conseil.

Le Conseil décide l'envoi d'une délégation pour prier M. Gillard de bien vouloir revenir sur sa détermination.

MM. Poinsot, Lemerle et Viau sont délégués.

2° D'une lettre de M. *Lemerle* qui donne sa démission d'économe de l'Ecole.

Le Conseil décide de même l'envoi d'une délégation auprès de lui.

MM. Viau, Touchard et Denis sont délégués.

M. Viau rend compte de la mission que le Conseil lui avait confiée avec M. Lemerle, auprès de M. Bonnard, qui a bien voulu consentir à reprendre sa démission.

M. Poinsot donne lecture d'une lettre de *M. E. Lecaudey* remerciant le Conseil des sentiments qui lui ont été exprimés à la mort de son frère.

M. le secrétaire général donne lecture de lettres de condoléances de *MM. Crignier, Serres, Perrigault* et *Vasseur* à l'occasion de la mort du Dr Thomas.

Demandes d'admission.

M. B. Lehmann.

Mmes Berg, Billoray, Masson, D. E. D. P.

M. F. Jean propose la nomination d'un membre de la commission d'enseignement en remplacement du Dr Thomas.

M. Tusseau reprend la proposition de M. Touchard concernant la nomination de délégués par le Conseil pour se mettre en rapport avec la commission d'enseignement supérieur.

Le Conseil décide la nomination d'une commission dite commission spéciale de réglementation qui sera composée des délégués précédemment nommés, MM. Viau, Gillard, Touchard, Poinsot et M. Sauvez en remplacement du Dr Thomas.

La clôture de la liste d'admissions pour la scolarité 1892-93 est fixée au 15 février.

M. Touchard demande l'ouverture de concours pour les postes de professeurs suppléants et de chefs de clinique.

Renvoyé à la prochaine séance.

M. Tusseau propose le vote d'un crédit de 100 fr. pour l'achat de deux tableaux indiquant le nom et les fonctions des membres du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France.

Adopté.

M. Denis propose de donner à la salle de dentisterie le nom de salle Louis Thomas en souvenir du regretté docteur.

Ajourné.

La séance est levée à minuit 1/2.

Séance du 28 février 1893.

Présidence de M. Poinsot.

Sont présents : MM. Barrié, Billebaut, Bonnard, Denis, Horay, Lemerle Lowenthal, Martinier, Paulme, Sauvez, Touchard, Viau.

Excuses de M. Quincerot.

M. le secrétaire général donne lecture d'une lettre de *M. le Dr Saintu* se mettant à la disposition du Conseil comme médecin de service. Le Conseil accepte sa proposition.

M. Poinsot, au nom de la délégation, rend compte de la démarche faite auprès de M. Gillard.

Il a le plaisir d'annoncer le retrait de la démission de M. Gillard comme membre du Conseil.

M. Lemerle déclare qu'il conservera ses fonctions d'économe jusqu'à la nomination du directeur-adjoint.

M. Poinsot annonce l'acceptation de M. Sébileau, agrégé, pour les cours professés par M. le Dr Thomas, qui lui ont été offerts.

Il donne lecture d'une lettre qu'il adresse à M. Brouardel pour le remercier d'avoir engagé vivement M. Sébileau à accepter.

L'ordre du jour appelle la nomination d'un membre de la commission d'enseignement en remplacement de M. le Dr Thomas. M. Sauvez est nommé.

Il est procédé ensuite à la nomination d'un bibliothécaire en remplacement du Dr Thomas.

M. Sauvez, sous-bibliothécaire, est nommé.

M. Bonnard est nommé sous-bibliothécaire.

M. F. Jean demande un crédit de 60 fr. pour travaux à faire au jardin de l'Ecole.

Adopté.

M. Lemerle demande pour le catalogue du musée un crédit de 100 fr. à prélever sur les 500 fr. déjà votés pour le musée.

Adopté.

M. Denis, secrétaire de la commission des examens, propose l'admission des élèves dont les noms suivent :

MM. Quillet et Raymond en 1re année.

MM. Dutour et Conta en 3e année. *Admis.*

MM. Sauvez et *Denis* sont désignés pour faire passer les examens d'entrée.

M. Poinsot demande au Conseil d'indiquer à la commission de réglementation sa ligne de conduite par rapport à la nouvelle loi, ainsi que les desiderata que la commission pourra être appelée à formuler.

Une discussion a lieu et finalement le Conseil décide qu'une démarche sera faite auprès de M. le président de l'Ecole odontotechnique pour lui demander d'accepter l'élaboration d'un programme commun à présenter devant la commission d'enseignement supérieur.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Séance du 21 *mars* 1893.

Présidence de M. Poinsot.

Sont présents : MM. Barrié, Bertrand, Billebaut, Billet, Bonnard, Denis, F. Jean, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Paulme, Sauvez, Touchard et Viau.

Excuses de MM. Tusseau et Quincerot.

L'ordre du jour de la séance est ainsi fixé : Procès-verbal. — Correspondance. — Modifications à apporter au règlement des examens. — Proposition de concours pour différents postes dans le corps enseignant. — Propositions diverses.

M. le secrétaire général donne lecture de la correspondance.

Admissions.

M. Serres, professeur à l'Ecole, est admis membre de la Société civile.

Nominations dans le corps enseignant.

MM. Coutard et Hirschberg sont nommés préparateurs.

MM. Sauvez et *Denis*, au nom de la commission des examens proposent l'admission de Mme Gouvernant et de M. Vichot en 1re année.

Les propositions de modifications au règlement des examens sont ensuite adoptées après discussion. Elles paraîtront dans la brochure spéciale.

M. F. Jean, au nom du bureau, propose de décider l'ouverture de concours pour :

1 poste de professeur suppléant de clinique ;

2 postes de chef de clinique ;

1 poste de professeur suppléant de dentisterie opératoire.

Le conseil adopte cette proposition et fixe l'époque du concours au mois d'octobre.

M. Viau annonce qu'en sa qualité de président de la Société d'odontologie et conformément à la décision du conseil, il a écrit à M. le président de la Société odontologique pour l'informer que le bureau de la Société se mettait à sa disposition pour étudier la proposition de M. Vacher tendant à changer les jours des séances mensuelles des deux sociétés.

La séance est levée à minuit et demie.

Le secrétaire général,
FRANCIS JEAN.

Le secrétaire des séances,
P. MARTINIER.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Des moyens d'arrêter les vomissements pendant l'anesthésie chloroformique. — II. Désodorisation de l'iodoforme. — III. Le chloroforme dans les névralgies. — IV. Le chloroforme comme révulsif. — V. Emplâtres caoutchoutés. — VI. Un cas de tétanos grave traité et guéri par les injections d'antitoxine. — VII. Anesthésique locale de Parsons. — VIII. Non-causticité de l'acide phénique et de l'acide tartrique mêlés à l'huile et à la glycérine. — IX. Otalgie.

I. — DES MOYENS D'ARRÊTER LES VOMISSEMENTS PENDANT L'ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE

On sait combien sont fréquents les vomissements pendant le cours de l'anesthésie chirurgicale, et quels ennuis les contractions du diaphragme peuvent causer au chirurgien, surtout quand il opère sur l'abdomen. Ces vomissements sont cependant très fréquents et tiennent, très souvent, on le sait, à l'impureté de l'agent anesthésique. Il faut savoir les arrêter et le premier moyen consiste à faire disparaî-

tre toute sensibilité réflexe en augmentant la dose de chloroforme. On devra donc tout d'abord verser une nouvelle quantité de ce liquide sur la compresse ; mais cela ne suffit pas et différents autres moyens ont été proposés.

C'est ainsi que le docteur B. Joos, assistant à l'hôpital de Winterthur, propose un procédé, emprunté, du reste, à la pratique du docteur Leloir, professeur à Lille, pour les cas de hoquet incoercible. Il recommande de comprimer soit le phrénique du côté gauche, soit ces deux nerfs à la fois, à l'aide des pouces placés immédiatement au-dessus de l'extrémité sternale de la clavicule.

M. Joos aurait obtenu d'excellents résultats de cette compression qui doit être continuée quelques minutes après la cessation des accidents.

Comme on le voit, le procédé est simple et ne peut faire courir le moindre danger au malade. S'il ne réussit pas, si les vomissements ne cessent pas aussitôt, on pourra avoir recours à un moyen bien simple et qui nous a déjà rendu de grands services.

Ce moyen consiste à prendre une compresse, à la tremper dans de l'eau bien froide et à l'appliquer sur le cou du malade. L'effet est immédiat, et la compresse doit être, bien entendu, changée dès qu'elle commence à s'échauffer. Le froid agit ici comme la compression sur les nerfs phréniques, et son effet est tellement local, qu'il n'y a pas à craindre un refroidissement susceptible de produire des manifestations pulmonaires.

(*Union médicale.*)

II. — Désodorisation de l'iodoforme

On recommande à cet effet l'addition de 0,50 0/0 d'acide phénique et de 1 0/0 d'essence de menthe.

(*Répertoire de pharmacie.*)

III. — Le chloroforme dans les névralgies

M. Grellety préconise les applications externes de chloroforme dans les névralgies diverses, les coliques hépatiques, etc. La sciatique, même intense, cède parfois à l'emploi de ce révulsif. On verse quelques gouttes de chloroforme sur un morceau de ouate ou sur un mouchoir, et on place le tout au point douloureux ; dès que la peau est suffisamment rouge, on enlève. Si on fait des applications successives, il faut avoir soin de ne pas les renouveler à la même place. Les applications de corps chauds, les cataplasmes à température très élevée, que l'on recommande souvent, agissent de la même manière que le chloroforme, mais lui sont inférieurs.

(*L'Union médicale.*)

IV. — Le chloroforme comme révulsif

M. Grellety a souvent employé le chloroforme, comme agent révulsif, dans des cas de coliques hépatiques, de sciatiques, de névralgies de la face ou intercostales et de douleurs rhumatismales. Il applique, sur la région douloureuse, un tampon de ouate sur lequel il a versé

quelques gouttes de chloroforme ; la douleur est rapidement calmée par ce moyen ; dans certains cas, il a prescrit simultanément des inhalations de chloroforme, faites avec ménagements et répétées plusieurs fois par jour. M. Grellety préfère l'usage du chloroforme ainsi employé à celui des injections de morphine.

(*Répertoire de pharmacie.*)

V. — Emplatres caoutchoutés

M. F. Vigier a présenté à la Société de thérapeutique une série de nouveaux emplâtres caoutchoutés médicamenteux très souples et qui se conservent plusieurs années; il attire plus particulièrement l'attention sur le sparadrap simple, qui remplace avantageusement le sparadrap ordinaire dans tous ses usages, sur le sparadrap de Vigo, le sparadrap vésicant, le sparadrap rouge au minium et celui au cinabre.

(*Répertoire de pharmacie.*)

VI. — Un cas de tétanos grave traité et guéri par les injections d'antitoxine

M. Barth : Un jeune homme de 20 ans est atteint de tétanos le 9 janvier dernier ; il souffrait à ce moment d'une gingitive intense, et, comme il n'y avait eu aucun traumatisme, on pensa que l'affection avait une origine buccale.

La marche du tétanos est d'abord assez lente, mais dès le 14 janvier, date à laquelle le malade entra à l'hôpital, des crises épouvantables se produisent et se reproduisent malgré un traitement par 8 grammes de bromure de potassium et 8 grammes de chloral. La mort semblait imminente.

M. Roux, de l'institut Pasteur, sur la demande de M. Barth, pratiqua au malade des injections de sérum de cheval immunisé (300 centimètres cubes). Peu de temps après, l'amélioration était manifeste ; le 10 février, le malade pouvait être regardé comme complètement guéri.

(*L'Union médicale.*)

VII. — Anesthésique local de Parson

Chloroforme	12
Teinture d'aconit	12
Teinture de capsicum	4
Teinture de pyrèthre	2
Essence de girofles	2
Camphre	2

On dissout le camphre dans le chloroforme, on ajoute ensuite l'essence de girofles et les teintures.

(*Gaz des Hôp. de Toulouse.*)

VIII. — Non-causticité de l'acide phénique et de l'acide tartrique mêlés a l'huile et a la glycérine

M. Hallopeau a eu l'occasion d'expérimenter l'huile phéniquée et la glycérine phéniquée au dixième, et il a constaté que ces prépara-

tions n'avaient aucune action irritante. Il a pu en arroser un anthrax, sans provoquer aucune douleur chez le malade.

L'acide tartrique se comporte à peu près de même ; il perd ses propriétés irritantes lorsqu'il est associé à la glycérine.

A ce propos, M. Crinon fait observer que M. Carles a publié, dans le *Répertoire de pharmacie*, un article ayant pour but de signaler la non-causticité de l'acide phénique dissous dans l'alcool concentré ; une solution concentrée d'acide phénique dans l'alcool ne détermine aucune irritation ; l'irritation se produit dès qu'on passe de l'eau sur la partie touchée avec la solution alcoolique. M. Crinon a vérifié sur lui-même le fait signalé par M. Carles. M. Crinon prie M. Hallopeau de rechercher s'il en est de même pour l'huile et la glycérine phéniquée, c'est-à-dire si l'eau a pour effet de déterminer l'action irritante de l'acide phénique atténuée par ses dissolvants.

IX. — Otalgie

Chloral camphré	5 parties.
Glycérine	30 —
Huile d'amandes douces	10 —

Tremper un petit morceau de coton dans ce liquide et l'introduire dans l'oreille du malade. (Le chloral camphré est fait en pilant dans un mortier chaud égales parties d'hydrate, de chloral et de fleur de camphre.)

(*Le Progrès médical.*)

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

BREVETS D'INVENTION RELATIFS A L'ART DENTAIRE

Brevets Allemands.

Demandes.

B. 11.295. Machine pour usages dentaires. Wm. G. A. Bonwill, Philadelphie.
M. 9.235. Appareil à vulcaniser. Dr Fritz Mannhardt, Berlin.
N. 2.705. Pièce palatine pour dentier à succion. Otto Neugebauer, Gladbach.
M. 9.285. Pulvérisateur pour dentistes. Ch. L. Morehouse.
W. 8.724. Maillet dentaire avec force changeable. J. Weber et H. Hampel.
S. 6.319. Fauteuil. Dr Suchier, Herrenalb.

Obtentions.

N° 66.262. Du 19 mai 1892. Masque à chloroforme. J. Kneer, Bunzlau.
— 66.263. Du 20 mai 1891. Récipient pour les liquides à rincer. Dr A. Engelhardt.

— 66.950. Du 16 février 1892. Brosse à dents. Dr H. Löhers. Berlin.
— 66.394. Du 28 juin 1891. Fixation des dentiers artificiels. W. H. Marshall, Oxford.
— 66.431. Du 2 août 1892. Maillet pneumatique. Dr R. Telschow. Berlin.
— 66.466. Du 8 août 1891. Instrument dentaire. J. Moeller, Wurzbourg.
N° 67.607. Du 27 août 1892. Brosse à dents rotative. C. L. Berger. Rinne.
— 67.662. Du 8 juin 1892. Appareil pour inhaler les gaz ou les vapeurs. I. Nixon, Parmland.
— 67.726. Du 4 août 1892. Fixation des dents artificielles à la plaque. W. Ch. Downs, Madrid.
— 68.172. Instrument pour la dentisterie W. G. A. Bonwill, Philadelphie.

Extinctions.

D.R.P. N° 64.070. Appareil pour narcoser.
— 55.927. Cuvette.
— 61.470. Crampon pour dents à plomber.
— 61.702. Fauteuil.
— 58.354. Système de fixation pour tour dentaire.
— 59.510. Pièce à angle pour instrument dentaire.
— 56.405. Pièce à main pour obtenir l'anesthésie locale par le froid.
— 56.769. Poignée pour instruments de chirurgie.
— 66.466. Tour dentaire.

Modèles.

N° 8.774. Pince pour percer le caoutchouc. Ash et fils, Berlin.
— 8.775. Appareil pour éclairer la bouche avec brûleurs changeables. Ash et fils, Berlin.
— 11.395. Brosse à dents. Joh. Damilewicz, Rohozna.
— 11.535. Pâte dentifrice au kola et au baryum. Blau et Cie, Dresde.
— 11.708. Or ciment comme matière d'obturation. F. Miltenberger, Karlsruhe.
— 11.842. Nettoyeur pour les dents. Auguste Thomas, Weierbach.

(*Zahntechnische Reform.*)

NOUVELLES

M. Touchard, professeur-suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, qui, on se le rappelle, avait été chargé, par décision ministérielle du 19 juillet 1892, d'aller étudier en Angleterre le fonctionnement des écoles dentaires, vient d'adresser son rapport à M. le ministre de l'Intérieur.

Nous aurons ultérieurement l'occasion de revenir sur ce document.

MM. Barrié et Levett, professeurs-délégués de l'Ecole dentaire de Paris au Congrès dentaire de Chicago viennent d'être accrédités par le Ministre du Commerce et de l'Industrie auprès des Présidents des différents congrès qui doivent se tenir pendant la durée de l'exposition. Le crédit que va leur donner cette nomination officielle s'ajoutera à leur notoriété professionnelle et assurera dignement la participation de l'Ecole au congrès.

Nos félicitations à nos deux confrères.

En 1887, dans une circonstance analogue. M. Dubois, ancien directeur de ce journal, avait été délégué au congrès de Washington ; l'Ecole avait spontanément ouvert une souscription pour le défrayer des dépenses considérables que nécessite un aussi long voyage et nous y avions participé nous-même. Nous croyons devoir prendre aujourd'hui la même mesure en faveur de la délégation en nous inscrivant pour 20 fr. et en faisant appel à tous nos confrères soucieux de voir l'art dentaire français tenir à l'étranger le rang qu'il mérite.

F. T.

Le Dr Lecaudey et M. Poinsot, Directeur de l'Ecole dentaire de Paris, ont été reçus le vendredi 16 juin par la Commission technique du Conseil supérieur de l'Instruction publique, chargée de l'organisation de l'enseignement dentaire en France.

M. Lecaudey s'est efforcé de convaincre la Commission qu'il serait de toute justice de conserver aux écoles existantes la direction de l'enseignement technique. Il a également soutenu la plupart des vœux formulés par la profession.

Une indiscrétion nous permet d'affirmer que l'enseignement mixte que nous n'avons cessé de préconiser aurait les plus grandes chances d'être adopté.

Depuis la mort du regretté Dr Thomas nous avons rencontré dans les divers journaux étrangers qui nous sont parvenus l'expression de la sympathie de nos confrères à l'occasion du deuil qui a frappé l'Ecole dentaire de Paris. Nous ne pouvions chaque fois relever le nom de ceux qui nous donnaient cette marque d'intérêt et leur adresser des remercîments isolés ; nous avons préféré leur envoyer en commun notre juste tribut de reconnaissance pour la part qu'ils ont prise à notre perte et les assurer tous en même temps que nous sommes vivement touchés des témoignages de bonne confraternité qu'ils nous ont prodigués, en leur promettant d'en garder fidèlement le souvenir.

Nous devons toutefois une gratitude toute particulière à la Société Odontologique de La Havane qui, profondément émue, s'est associée à notre deuil et nous prions son organe, les *Anales de la Sociedad Odontologica*, de recevoir, par l'intermédiaire de son directeur, le Dr Federico Poey, l'assurance de notre vive reconnaissance.

F. T.

COMITÉ DE SOUSCRIPTION

POUR ÉLEVER UN MONUMENT

Sur la tombe du Dr Louis Thomas.

4e liste.

MM.		
Dr Reynier, prof. agrégé,	Paris	50 fr.
Giret D. E. D. P.	»	20
Decker D. E. D. P.	Luxemb.	10
H. Duvoisin D. E. D. P.,	Chartres.	10
Joseph Mendel D. E. D. P.,	Paris.	10
Prof. Péan, chirurgien des hôpitaux.	»	100
Edmond Fanton-Touvet, D. E. D. P.	»	10
Dr Mathieu.	»	10
Dr Lenoble.	»	2
Maleplate D. E. D. P.	»	5
Dr Marié, prof. à l'Ecole.	»	25
A reporter....		252

MM.		
	Report..	252 fr.
Vigier. pharmacien.	»	5
Bioux Leon, D. E. D. P.	»	10
Dr Daillet.	»	5
Vichot.	»	5
Fd. Poicteau.	»	2
Gravollet, prof. à l'Ecole.	»	20
Arlet frères D. E. D. P.,	Corbeny	10
Flammarion, étudiant en médecine.	Paris	10
Total de la 4e liste		**319**
Listes precédentes		**3561**
Total jusqu'à ce jour..		**3880**

Plusieurs membres du comité n'ont pas encore retourné au trésorier les listes de souscriptions qui leur ont été remises ; ils sont priés de le faire aussitôt que possible afin que le Bureau du comité puisse connaître exactement le chiffre qui doit lui servir de base pour la commande et l'exécution du buste du Dr Thomas.

Adresser les souscriptions par *mandat-poste* à M. G. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

Pour le Comité,
Em. Lecaudey

Un dentiste d'Athènes, Georgie (États-Unis), a dans son cabinet une curiosité composée de dents artificielles et d'huîtres. Ces dents ont été perdues évidemment par quelqu'un qui était à bord d'un navire ou par quelqu'un qui s'est noyé. Les huîtres se sont formées autour d'elles et la formation est parfaite. Une drague près de Morehead City a sorti les écailles et les dents réunies et l'homme qui les a trouvées les a vendues 20 dollars. Le *Smitshonian Institute* fait des tentatives pour en faire l'acquisition et en offre un bon prix.

(*Dental Luminary.*)

Nous apprenons au dernier moment la mort de M. Préterre.

Les exigences de notre tirage ne nous permettent pas de lui consacrer dans ce numéro un article en rapport avec le rôle qu'il a joué dans la profession ; nous y reviendrons la prochaine fois.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

PÉRIODIQUES. TRAVAUX ORIGINAUX

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES

Barrett. Etat de la dentine dans les dents sans pulpe (*Dent. Pract. and Adv.* octobre 92). — **Barrett.** Courte étude des molaires des animaux à trompe (*Dent. Cosm.* nov. 92). — **Bell.** Le diagnostic (*Ohio J. of*

Dent. sc. octobre 92). — **Beacock.** Les microbes et ce qu'ils font. (*Dom. dent. J.* novembre 92). — **Bodecker.** Un canal pulpaire anormal (*Dent. Prac. and Adv.* octobre 92). — **Carreras.** La pulpe dentaire (*Il Prog. dent* juillet 92). — **Chauvel.** Névralgies faciales rebelles. Résection de plusieurs branches du trijumeau (*Rev. Odont.* XI). — **Chittenden.** Le mal de dents (*Dent. Rev.* octobre 92). — **Cole.** Dents décidues (*Items of int.* novembre 92). — **Davenport.** Les dents comme organe essentiel (*It. of int.* octobre 92). — **Dean.** Quelques caractères de l'articulation dentaire de l'homme (*Dent. Cosm.* août 92). — **Demontporcelet.** Recherches histologiques sur le développement des tissus dentaires (*Rev. Odont.* XI, 92). — **Driscoll.** Moyen d'avoir de bonnes dents (*Items of interest*, août 92). — **Gillette.** La densité de la dentine (*Dent. Rev.* octobre 92). — **Juyler.** La névralgie (*Brit. J. of Dent. sc.* novembre 92). — **Harris.** Un cas de dents enfouies dans la gencive (*Dent. Rec.* octobre 92). — **Hohr.** L'amœbi buccalis, nouveau parasite de la bouche (*La odont.* octobre 92). — **Ledentu.** Un cas de calculs salivaires (*Art dent.*, 1892, 36). — **Letamendi.** La dentition (*La Odontologia,* juin 92). — **Mauczka.** La signification des dents au point de vue médico-légal (*Viert. f. Zahn,* octobre 92). — **Maughan.** L'emploi de la faculté de la perception (*Brit. J. of Dent.sc.* août 92). — **Miller.** Examen microscopique d'un cas de carie de la dent d'un singe (*Dent. cosm.* nov. 92). — **Otte.** Les difformités dentaires congénitales syphilitiques (*J. f. Zahn.* 30 octobre 92). — **Ottolengui.** Les cavités proximales (*B. J. of Dent. sc.* nov. 92). — **Porter.** Les dents sans pulpe et les abcès (*It. of int.*, novembre 92). — **Robertson.** Union osseuse de dents temporaires (*Dom. Dent. J.* nov. 92). — **Rowe.** Causes dentaires de la névralgie. Traitement convenable (*Brit. J. of Dent. sc.* déc. 92). — **Sexton.** Une dent de mastodonte (*Items of int.* juillet 92). — **Sommer.** Histologie du tissu des dents (*Zahn. Woch.* 2 juillet 92). — **Stirton.** Diagnostics des maladies des dents (*Dom. D. J.* sept. 92). — **Terrier.** Les névralgies réflexes d'origine dentaire (*J. des com. méd.*, mai 92). — **Tomes.** Recherches récentes sur les nerfs de la pulpe (*J. of the Brit. Dent. Ass.* 15 novembre 92). — **Truro.** L'imbécillité et ses relations avec ses difformités buccales (*Brit. J. of Dent. sc.* juillet 92). — **Woolley.** La première molaire permanente (*Dent. Rev.* sept. 92).

DENTISTERIE OPÉRATOIRE. THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE. MATIÈRE MÉDICALE

Aguilar. Amalgame (*La Odontologia,* juin 92). **Brophy.** — La résection des nerfs (*Dent. Rev.* juillet) 92. — **Byrne.** L'amalgame (*Brit. J. of Dent. sc.* juillet 92). — **Cheney.** Protection de la pulpe (*It. of int.* nov. 92). — **Conner.** Quelques résultats de l'extraction prématurée de la molaire de 6 ans (*Ohio J. of D. sc.* sept. 92). — **Coon.** Façonnement des cavités proximales (*It. of Int.* novembre 92). — **Pormany.** Obturation de coton (*It. of int.* octobre 92). **Coulliaux** — L'extraction des dents (*Corr. Bl. f. Zahn,* juillet 92). — **Davids.** Emploi de l'élévateur dans l'extraction (*Dent. Rec.* août 92). — **Eddy.** Guttapercha pour les canaux radiculaires (*It. of. int.* novembre 92). — **Faro.** Avantages et inconvénients de l'or comme matière obturatrice (*Brit. J. of D. sc.* sept. 92). — **Fletcher.** L'amalgame (*Brit. J. of Dent. sc.* août 92). — **Fürst.** L'extraction de la molaire de 6 ans (*J. f. Zahn.* 2 octobre 92). — **Gabell.** Matières obturatrices (*Dent. Rec.* novembre 92). — **Gallie.** Les plastiques (*Dent. Rev.* octobre 92). — **Galvan.** La saccharine (*La Odontologia,* juin 92). — **Galvan.** Deux cas d'amaurose guéris par l'extraction de dents (*La Odontol.* juillet 92). — **Garrett.** Dentisterie

antiseptique (*Dent. Rev.* juillet 92). — **Guillermin**. Quantité de substance toxique contenue dans les pansements dentaires (*Rev. Odont.* 1892, 11). — **Harker**. Traitement anti-conservateur de la pulpe exposée (*Dent. Cosm.* novembre 92). — **Hattyasy**. Essais avec le potassium-sodium du Dr E. Schreier, dans les gangrènes de la pulpe (*Odontos.* juillet 92). — **Iszlaï**. Notes sur la pratique de l'implantation (*Odontoskop*, juillet 92). — **Johnson**. L'or (*Dent. Pract. and. Adv.* juillet 92). — **Jonkerman**. Chirurgie du sinus (*Items of int.* août 92). — **Kester**. Amalgame de cuivre (*Dent. Rev.* octobre 92). — **Lindemann**. Traitement de la pulpe dévitalisée avec la pierre infernale (*Corr. Bl. f. Zahn.* octobre 92). — **Miller**. La dévitalisation de la pulpe dentaire (*Dent. Pract. and. Adv.* juillet 92). — **Miller**. Les obturations combinées (*Dent. cosm.* juillet 92). — **Mills**. Traitement des dents à abcès (*It. of int.* novembre 92). — **Mitchell**. Nettoyage des dents (*Dent. Rev.* novembre 92). — **Moeser**. Le ciment et autres substances (*Zahn. Woch.* 27 août 92). — **Nason**. Couronne et travail à pont (*Dent. Rev.* août 92). — **Nux**. Traitement des dents dévitalisées compliquées d'abcès volumineux (*Rev. odont.* nov. 92). — **Ottolengui**. Méthodes d'obturation (*Dent. Cosm.* septembre 92). — **Patterson**. Effet produit sur les tissus de la cavité buccale par l'usage interne de certains médicaments (*Dent. cosm.* nov. 92). — **Palmer**. Les médicaments dentaires, leur action spécifique, leur indication (*Dent. Rev.* octobre 92). — **Practicus**. Obturation à l'étain et à l'or (*Zahn. Ref.* 14, 92). — **Practicus**. Effet des coups de maillet sur la cohésion de l'or (*Zahn. Ref.* 14, 92). — **Praktikus**. Méthode de condensation de Bonwill (*Monat. d. V. deut. Zahn* nov. 92). — **Preinfalk**. La prise des empreintes (*Monat. d. V. deut. Zahn.* septembre 92). — **Royce**. Combinaison de l'amalgame et de l'or (*Dent. Rev.* octobre 92). — **Salzer**. Moyen de combattre efficacement l'envie de vomir du patient au moment de la prise de l'empreinte (*Odontoskop*, juillet 92). — **Schreier**. Traitement de pulpes gangrenées par le potassium sodium (*Viert. f. Zahn.* octobre 92). — **De Trey**. Le pyrophosphate de zinc et les amalgames de cuivre (*Dent. Rev.* novembre 92). — **Velez**. Le triméthyle éthylène (*La Odont.*, octobre 92). — **Wachsmann**. Contribution aux amalgames de plomb (*Viert. f. Zahn.* juillet 92). — **Weagant**. Amalgame de cuivre (*Dom. D. J.* septembre 92). — **Wecks**. L'émail au bord gingival (*Dent. Rev.* août 92). — **Wildberg**. Un nouveau substituant des métaux précieux dans la technique dentaire (le Brésil-Métal) (*Mon. d. V. deut. Zahn*, août 92). — **Williams**. Prise des empreintes (*Dent. Rec.* juillet 92). — **Willmott**. Quelques antiseptiques nouveaux (*Dom. D. J.* septembre 92). — **X**. Trois ans d'expérience de l'amalgame de cuivre (*Zahn. Ref.* 14, 92). — **X**. Guide pour l'extraction des dents avec un appendice sur les anesthésies (*Zahn. Ref.* 15, 92). — **Y**. Emploi de feuilles d'or épaisses (*Zahn. Ref.* 15, 92).

ANESTHÉSIE

Bignon. Sur les propriétés anesthésiques de la cocaïne (*Bull. Gén. de thér.* 1892, 122). — **Busch**. Le protoxyde d'azote comme anesthésique local (*Zahn. Woch.* 6 août 92). — **Clemens**. Comment se garantir le mieux contre les accidents dus au chloroforme (*Zahn. Woch.* 9 avril 92). — **Colon**. L'hypnotisme en chirurgie dentaire. Anesthésie hypnotique (*Revista Dental*, mars 92). — **Constant**. Manière d'administrer le protoxyde d'azote (*Brit. J. of Dent. Sc.* octobre 92). — **Duany-Soler**. Un cas de cocaïnisme aigu (*Rev. chir. d. mal. de voies ur.* 1892, 4). — **Fillebrown**. L'hypnotisme appliqué à la dentisterie (*Dent. Rev.* septembre 92). — **Gruter**. Le chlorure d'éthyle (*Prog. dent.* 1892, 9).

— **Guttmann**. L'injection de cocaïne (*Corr. Bl. f. Zahn*, octobre 92). — **Hamecher**. Les avantages du bromure d'éthyle dans les opérations dentaires sur les autres inhalations d'anesthésiques (*Viert. f. Zahn.* juillet 92). — **Hewitt**. Effets anesthésiques du protoxyde d'azote mélangé à l'oxygène à la pression atmosphérique ordinaire, avec des remarques sur 800 cas (*Brit. J. of Dent. Sc.* septembre 92). — **Hollander**. Les narcoses au pental (*Viert. f. Zahn.* juillet 92). — **Low**. Les calmants et les anesthésiques (*Dent. Pract. ant Adv.* juillet 92). — **Maughan**. Administration des anesthésiques (*It. of int.* novembre 92). — **Metnitz**. Les narcoses au bromure d'éthyle (*Corr. Bl. f. Zahn.* avrfl 92). — **Richelot**. L'anesthésie par la cocaïne (*Union méd.* 1892, 3). — **Rojas**. Avantages que présentent l'hypnotisme et la suggestion comme anesthésiques pour les opérations dans la bouche (*Il Progr. Dent.* juillet 92). **Rubinstein**. La narcose au bromure d'éthyle (*Zahn. Woch.* 16 avril 92). — **Stein**. La cocaïne en dentisterie (*Corr. Bl. f. Zahn.* juillet 92). — **Tanner**. — L'anesthésie générale en chirurgie dentaire (*Brit. J. of Dent. Sc.* février 92). — **Tuck**. Les anesthésiques, leur emploi et leur abus (*B. J. of Dent. Sc.* nov. 92). — **Wiesendanger**. Le protoxyde d'azote comme anesthésique local (*Zahn. Woch.* 20 août 92). — **Wilson**. Syncope et asphyxie (*Ohio J. of D. Sc.* septembre 92). — **Wood**. Le chlorure d'éthyle et le pental (*Dent. Cosm.* juillet 92).

RECTIFICATION

Le compte rendu résumé du procès-verbal de l'Assemblée générale de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris inséré dans le n° d'avril dernier a été suivi par erreur du nom de M. Tusseau au lieu de celui de M. Francis Jean.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

Le Conseil supérieur de l'instruction publique s'est réuni le samedi 22 juillet et a approuvé le projet de sa sous-commission relatif à l'obtention du diplôme d'Etat de chirurgien-dentiste créé par la loi du 30 novembre 1892. Ce projet n'a pas tardé à être adopté par le Ministre de l'Instruction publique et à devenir un décret publié par le *Journal officiel* du 26 juillet.

En voici le texte :

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,

Vu la loi du 30 novembre 1892 et notamment les articles 2 et 5;

Vu la loi du 27 février 1880 ;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

Art. 1er. — Les études en vue du diplôme de chirurgien-dentiste ont une durée de trois ans.

Art. 2. — Les aspirants doivent produire, pour prendre leur première inscription, soit un diplôme de bachelier, soit le certificat d'études prévu par le décret du 30 juillet 1886, modifié par le décret du 25 juillet 1893, soit le certificat d'études primaires supérieures.

Art. 3. — Ils subissent, après la douzième inscription trois examens sur les matières suivantes :

1er examen.

Eléments d'anatomie et de physiologie ;
Anatomie et physiologie spéciales de la bouche.

2e examen.

Eléments de pathologie et de thérapeutique ;
Pathologie spéciale de la bouche ;
Médicaments ; anesthésiques.

3e examen.

Clinique ; affections dentaires et maladies qui y sont liées. — Opérations.

Exécution d'une pièce de prothèse dentaire.

Art. 4. Les examens sont subis au siège des facultés et écoles de mé-

decine où l'enseignement dentaire est organisé, devant un jury de trois membres.

Peuvent faire partie du jury des chirurgiens-dentistes, et, par mesure transitoire, des dentistes désignés par le ministre de l'instruction publique.

Le jury est présidé par un professeur de faculté de médecine.

Art. 5. — Les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir les examens prévus par l'article 3 du présent décret.

Les dentistes de nationalité française, inscrits à ce rôle antérieurement au 1er janvier 1889, sont dispensés en outre du premier examen.

Les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du présent décret, peuvent postuler le diplôme de chirurgien-dentiste à la seule condition de subir le deuxième examen.

Art. 6. — Les dentistes reçus à l'étranger et qui voudront exercer en France seront tenus de subir les examens prévus au présent décret.

Ils pourront obtenir dispense partielle ou totale de la scolarité, après avis du comité consultatif de l'enseignement public.

Art. 7. — Un règlement spécial, rendu après avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, organisera l'enseignement dans celles des facultés et écoles de médecine où il pourra être établi.

Art. 8. — Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Marly-le-Roi, le 25 juillet 1893.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique, des beaux-arts et des cultes,
R. POINCARÉ.

On ne peut que se féliciter des sentiments de libéralisme et d'équité dont ce décret se trouve empreint en n'exigeant, de la part des étudiants en dentisterie, que le certificat d'études primaires supérieures et de la part du futur dentiste que les connaissances médicales indispensables à l'exercice de son art.

Nous devons au Conseil supérieur un tribut de reconnaissance tout particulier pour la bienveillance avec laquelle il a conçu les dispositions transitoires. On peut dire que la plupart des vœux formulés par les dentistes ont été exaucés.

Mais le point le plus saillant c'est la dispense spéciale dont les diplômés des deux écoles dentaires vont bénéficier ; c'est une sanction officielle implicite, une reconnaissance par l'Etat de la valeur et de la validité des diplômes qu'elles délivrent et de l'enseignement technique qu'elles donnent, c'est peut-être aussi le meilleur indice d'une utilisation officielle des écoles existantes.

Nous serons certainement l'interprête de la majorité de nos confrères en exprimant, à ce propos, toute notre gratitude à MM. Brouardel et Liard qui ont bien voulu se souvenir de notre Ecole et qui aux en-

couragements qu'ils nous adressaient lorsqu'ils nous faisaient l'honneur de nous présider ont ajouté leur bienveillant appui et ont contribué, pour une large part, à la réalisation de nos vœux les plus chers.

F. TOUCHARD.

UN NOUVEAU FAUTEUIL POUR DENTISTES

Présenté par M. P. MARTINIER,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

L'anesthésie occupe une place considérable en chirurgie dentaire et l'emploi de la cocaïne a pris si rapidement une telle extension qu'il n'est pas téméraire de dire que tous les dentistes pratiquent l'anesthésie.

J'ai été étonné à ce propos que les mouvements de nos fauteuils mécaniques, si ingénieux sous le rapport des commodités qu'ils possèdent pour opérer, n'aient pas été perfectionnés au point de vue du confortable pour pratiquer l'anesthésie.

Le fauteuil que j'ai l'honneur de vous présenter a pour but de remédier à cet oubli.

Mais ce n'est pas seulement pour l'anesthésie qu'il sera nécessaire, je crois qu'il trouvera dans certains cas, et pour les sujets prédisposés aux syncopes ou aux crises nerveuses, son utilité bien indiquée.

Que de fois, dans notre clientèle ou à la clinique de cette Ecole, n'avons-nous pas été témoin de syncopes survenues après l'avulsion ou pendant le traitement d'une dent, quelquefois même par simple appréhension d'une opération quelconque!

Dans la dernière séance de la Société d'odontologie, M. le docteur Lemarié a bien voulu nous rappeler la fréquence de cette maladie qu'on appelle hystérie, qui se manifeste par des accès pouvant être déterminés par une de nos opérations ou bien encore par l'anesthésie.

Dans ces cas encore le fauteuil que je vous présente nous sera très utile.

Voyons, si vous le voulez bien, les différents cas qui peuvent se produire et commençons par la syncope.

Nous savons tous qu'elle est le résultat d'une suspension subite et momentanée de l'action du cœur avec interruption de la respiration, des sensations et des mouvements volontaires.

Quel est le premier soin à donner au malade lorsqu'on se trouve en présence d'une personne tombée en syncope ?

Ce doit être de placer la tête de niveau avec le tronc ou même sur un plan inférieur à celui où le corps repose pour que, à défaut de l'impulsion cardiaque, le sang artériel coule dans les vaisseaux encéphaliques par son propre poids.

Cette position suffit d'ordinaire pour que la connaissance revienne et que tous les accidents se dissipent avec promptitude.

Dans certains cas mêmes, la syncope a une grande tendance à revenir ; il est alors nécessaire de faire garder à la personne la *position horizontale* pendant un certain temps après la disparition des symptômes inquiétants.

Quels étaient les moyens à notre disposition pour suivre ces prescriptions ?

Nous n'en avions que deux.

Nous baissions le dossier des fauteuils dentaires ; mais ceux-ci ont pour la plupart le grand inconvénient de se renverser en même temps que le siège, de sorte que les centres nerveux encéphaliques étaient toujours situés à un niveau bien supérieur à celui du cœur ; les jambes et tout le bassin étaient également situés à un niveau inférieur à l'organe propulseur du sang et par conséquent le liquide nourricier n'avait aucune tendance à revenir vers lui et la partie supérieure du tronc.

Quant aux fauteuils dans lesquels les mouvements du dossier sont indépendants de ceux du siège, l'inconvénient existait également ; il n'y avait pas, de toute façon, position horizontale et tendance du sang à revenir au bulbe et au cerveau par la seule force de la pesanteur. D'ailleurs, nous le comprenions si bien que, si la syncope persistait un peu, nous enlevions le malade de notre fauteuil et nous le couchions sur le parquet.

Donc, le premier de ces moyens ne répond pas aux prescriptions, puisque le malade n'est pas dans la position horizontale, qu'il conserve la position assise.

Le second n'est pas pratique.

Il exige une dépense de forces très considérable dans certains cas, et il effraie beaucoup les personnes qui peuvent accompagner le malade et celui-ci même lorsque, reprenant ses sens, il se trouve couché sur le sol.

Passons maintenant aux crises nerveuses quelconques (hystérie, épilepsie, etc.) ; si un accès survient lorsque le malade est sur notre fauteuil, là encore il faut le coucher sur le sol pour lui donner les soins nécessaires.

Mais, le malade peut se heurter aux meubles ou au parquet et se faire ainsi des contusions que l'on ne peut éviter, ce sera donc un inconvénient à ajouter à ceux que je viens d'exposer pour la syncope.

Avec le nouveau fauteuil qui nous permet d'étendre complètement notre malade aussi facilement que s'il s'agit d'exécuter un mouvement ordinaire des fauteuils employés jusqu'ici, nous éviterons tous ces ennuis.

Dès les premiers symptômes de la syncope on renverse doucement le malade et on lui fait prendre la position recommandée ; on a le

plus souvent la chance de le voir revenir immédiatement à lui; si, dans quelques cas, la syncope se déclare et persiste un certain temps, on a plus de facilité que lorsque le malade est allongé sur le parquet, pour employer les divers moyens indiqués dans ce cas : excitations périphériques, aspersion d'eau froide, petits coups secs sur la face, frictions périphériques, respiration artificielle.

Pour les crises nerveuses, aussitôt que l'accès se déclare, on renverse de même le dossier du fauteuil et on relève le tablier de manière à faire prendre au malade la position horizontale.

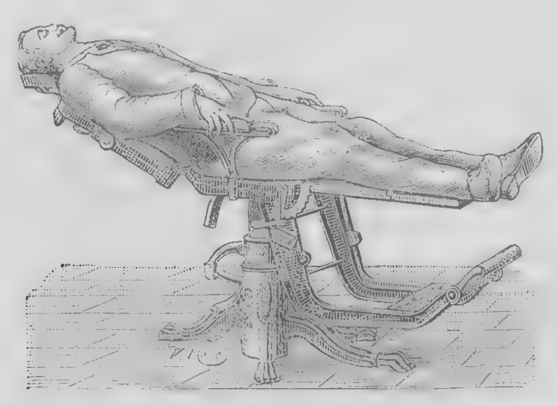


Fig. 1. — Fauteuil dans la position horizontale se rapprochant exactement du lit.

On a alors toute facilité pour le maintenir énergiquement sur le fauteuil et l'empêcher ainsi de se faire les contusions si fréquentes dans les accès de cette sorte.

La crise passée, le malade n'éprouve aucune surprise, car il se retrouve dans la position qu'il occupait auparavant.

J'arrive maintenant aux anesthésiques généraux.

Les prescriptions classiques pour donner l'anesthésie nous indiquent qu'il faut placer le malade de préférence dans la position assise demi-renversée; qu'il faut éviter avec soin qu'aucun vêtement ou lien n'exerce de constriction sur le cou, la poitrine ou l'abdomen.

Notre fauteuil permet la position horizontale pour donner l'anesthésie, le dossier peut être relevé autant qu'il sera nécessaire pour opérer, sans produire la moindre secousse, et peut être replacé ensuite dans la position primitive pour permettre au patient de recouvrer plus rapidement les fonctions disparues pendant le sommeil anesthésique.

De plus, en cas d'accident pendant l'anesthésie, on se trouvera dans des conditions beaucoup plus avantageuses pour recourir aux divers moyens employés : respiration artificielle, faradisation des nerfs phréniques, et insufflation trachéales, ainsi que les divers procédés recommandés par Marshall Hall, Sylvester et Pacini, sans pour cela nécessiter le déplacement brusque du malade qui peut lui être

funeste. L'emploi si généralisé de la cocaïne nous fournit une indication formelle en faveur de notre fauteuil.

Les phénomènes notés chez l'homme à la suite de l'administration de la cocaïne en injections sous-gingivales sont la pâleur de la face, la tendance aux syncopes, l'agitation et l'analgésie générale.

Ces phénomènes sont produits, comme l'a rappelé M. Viau, par l'action physiologique de la cocaïne qui est :

1° Paralysie des extrémités nerveuses sensitives de la périphérie ;

2° Excitabilité possible à certaine dose des troncs nerveux ;

3° Excitation des vaso-constricteurs.

D'ailleurs, dans son très remarquable article paru dans la *Revue des sciences médicales* du 15 octobre 1892, M. le professeur Dastre insiste sur la nécessité de la position déclive pour les malades afin de procéder aux injections de cocaïne et cette recommandation fait partie des précautions générales indispensables, indiquées par la commission de l'Académie de médecine (12 mai 1891). Par conséquent, la position horizontale est indiquée, non seulement pour remédier aux accidents, mais encore comme moyen préventif.

Nous devrions donc, après avoir prévenu notre malade de n'avoir à s'inquiéter en aucune facon de nos manœuvres, le placer dans tous les cas dans la position horizontale immédiatement après l'injection de cocaïne, le relever au moment même de l'opération, surtout s'il s'agit d'une extraction d'une dent du bas, et le coucher à nouveau aussitôt après avoir terminé.

Enfin, pour le cas où on doit faire l'examen général d'un malade, quand, par exemple, un médecin vient assister un de ses clients et veut l'examiner avec soin avant une anesthésie, on aura ainsi un lit en quelque sorte où le malade pourra être examiné et étudié avec soin.

Je n'insiste pas davantage sur tous ces cas divers ; je vous présente un moyen pratique de réaliser un desideratum que j'ai souvent entendu exprimer par les uns et par les autres et j'ai la ferme conviction que l'emploi généralisé de ce modèle rendra souvent service à nos malades et par conséquent à nous-mêmes. Pour ma part, je m'en sers depuis dix-huit mois et je n'ai eu qu'à m'en féliciter.

Il ne me reste qu'à vous décrire rapidement son mécanisme.

Un modèle de fauteuil de M. Heymen-Billard possédait la moitié du principe que je désirais, c'est-à-dire la possibilité de renverser complètement le dossier du fauteuil, tandis que le siège reste immobile. C'est donc à celui que je me suis adressé pour exécuter le tablier articulé qui me permet de faire allonger mon malade exactement comme s'il était dans un lit.

Ce tablier, tout en fer forgé et bois, est recouvert d'un tapis. Il occupe le devant du fauteuil immédiatement au-dessous du siège, à l'état de repos, il se dissimule entièrement et il peut également servir de marche-pied pour les enfants.

Il se meut avec la plus grande facilité par une double crémaillère, reliée par une tige qui passe sous le siège, et il possède une grande solidité.

Le fauteuil comprend tous les mouvements qui existent dans les modèles les plus perfectionnés, malgré cela il est de petite dimension et de forme élégante.

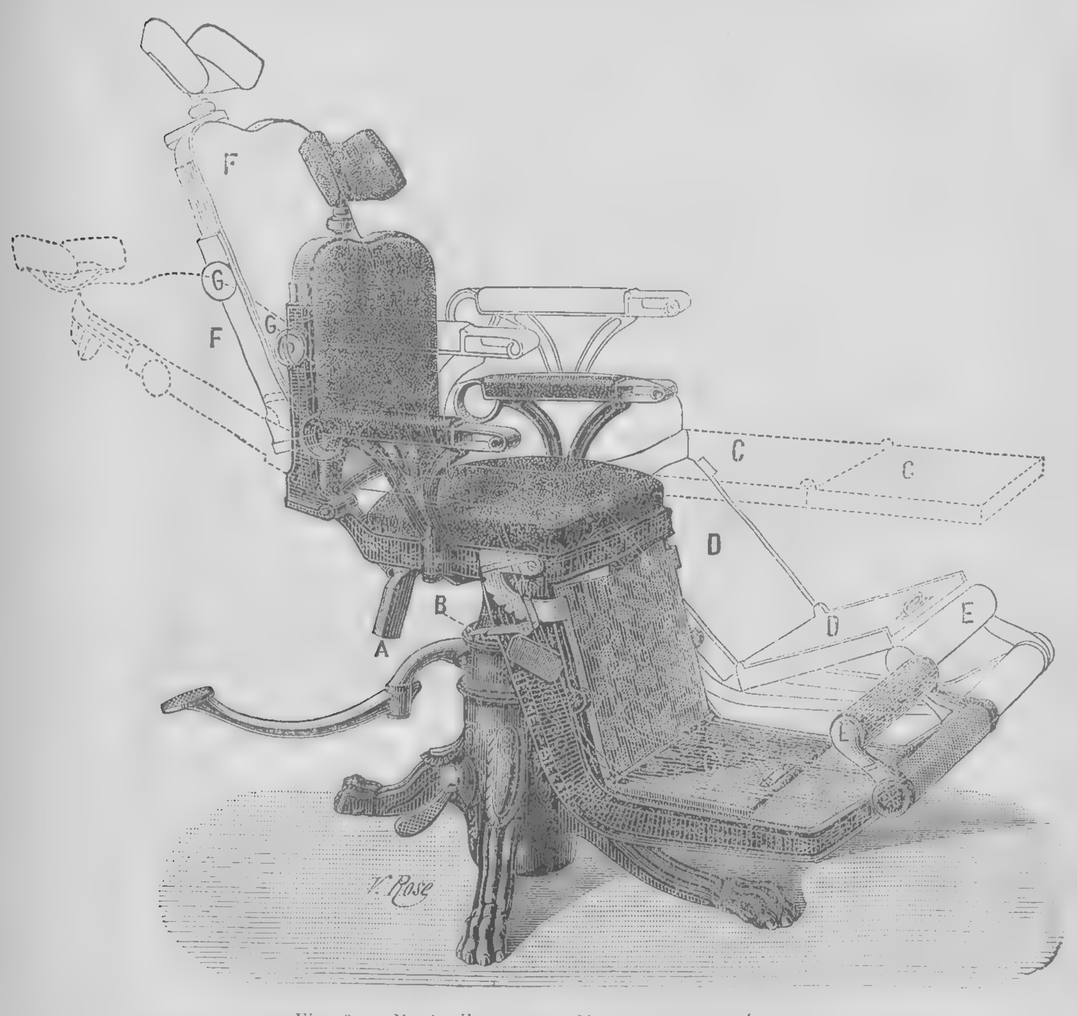


Fig. 2. — Fauteuil avec ses divers mouvements.

A Pédale que l'on fait manœuvrer à l'aide du genou, destinée au déclanchement du dossier qui se renverse dans les différentes positions que l'on désire obtenir.

F F Dossier du fauteuil s'élevant et se baissant à la hauteur voulue et se renversant également.

G G Bouton servant à fixer le dossier dans ses mouvements verticaux.

B Levier destiné à faire mouvoir l'articulation du tablier D D. C C.

C C Tablier articulé s'emboitant dans le marche-pied en fonte et se dressant horizontalement pour former le fauteuil lit (V. *figure n° 1*).

D D Position du tablier formant marche-pied et s'appuyant sur la pièce articulée E du fauteuil.

Le fauteuil est à pompe et possède les mouvements de rotation ordinaires. La têtière, qui se lève et se baisse, est articulée de tous côtés; ses bras s'enlèvent si l'opérateur désire approcher plus près du fauteuil.

RÉSECTION D'UNE RACINE DE CANINE PATHOLOGIQUE SANS AVULSION

Modification du procédé de M. Martin.

PAR M. le Dr MESSIAM.

Je pourrais faire l'histoire complète de la maladie dont il est question, mais, comme je n'ai rien trouvé de bien intéressant quant aux antécédents héréditaires et généraux, je préfère m'occuper tout de suite de la dent qui a attiré le plus mon attention. Il s'agit d'une canine supérieure droite, chez une femme de 36 ans, qui était arrivée à un état pathologique tel que M. le professeur Poinsot proposa à la personne de faire l'extraction. En examinant de plus près cette dent, on la voit d'abord très courte, la face triturante est fortement usée, abrasée. On voit sur cette face différentes couches : une couche externe blanchâtre qui est l'émail, une interne qui est jaunâtre, présentant au centre une coloration noirâtre correspondant au point où se trouve la chambre pulpaire. La forme de la dent n'est plus celle d'une canine, la coloration dans son ensemble est terne. La percussion est douloureuse et donne un timbre moins élevé que les dents voisines qui présentent aussi un état d'abrasion mécanique très prononcé. En examinant la gencive correspondant au point où se trouve la racine de cette même dent, on voit une tumeur assez volumineuse, présentant un point où, par la pression, on voit sourdre un peu de pus. Elle date d'une année environ et, d'après la patiente, son volume a augmenté progressivement depuis son début. L'avulsion de la dent ayant été refusée, M. Poinsot proposa à la malade de faire la résection radiculaire de l'organe atteint. Après quelques hésitations, l'opération fut acceptée. Le jour convenu, M. Poinsot fit quelques injections et badigeonnages de phénate de cocaïne au niveau du champ opératoire, puis avec un bistouri pratiqua une incision oblique en bas et en avant, de façon à agrandir la fistule. L'incision faite, l'opérateur introduisit dans la plaie une boulette d'ouate imbibée de phénate de cocaïne, puis, avec une fraise conique n'ayant jamais servi (ceci au point de vue aseptique) et montée sur le tour dentaire, il trépana la paroi alvéolaire externe et arriva ainsi sur la racine de la canine. Alors M. Poinsot, après avoir préalablement continué l'anesthésie de la région opératoire, prit une fraise cylindrique pleine, neuve, l'adapta au tour et sectionna obliquement de bas en haut et d'avant en arrière la partie supérieure de la racine. Avec une rugine bien désinfectée, il fit basculer la racine et la fit ainsi sortir de l'alvéole. La plaie fut traitée comme toujours, c'est-à-dire antiseptiquement. L'opération, très peu douloureuse, fut pratiquée le 5 mars et fut suivie de quelques phénomènes inflammatoires qui ne durèrent que 4 à 5 jours, quoique la patiente à ce moment-là fût menstruée. Il y eut un peu de gonfle-

ment, de rougeur, de chaleur et de douleur au niveau de la partie opérée, mais pas de suppuration.

Quand l'inflammation eut diminué, je trépanai la face triturante de la dent pour arriver à la chambre pulpaire et au canal que je désinfectai bien et que j'obturai à l'amalgame, en mettant dans la plaie une spatule pour fermer l'orifice supérieur de la dent et empêcher ainsi l'amalgame d'arriver dans la plaie, qui se ferma environ un mois après l'opération.

Actuellement on voit au niveau de la gencive un point blanchâtre correspondant à la cicatrice; il n'y a plus de tumeur, la pression à ce niveau n'est plus sensible, la dent est bien solide et n'est plus douloureuse à la percussion. Il y a trois semaines environ, au moment de la menstruation, il y eut un peu de gonflement qui se dissipa très vite et ne reparut plus depuis. En somme, la personne à qui l'opération fut faite est très heureuse du résultat auquel est arrivé l'habile praticien M. Poinsot.

Cette opération, en résumé, est une modification heureuse du procédé de M. Martin, de Lyon.

Comme avantage on a d'abord : 1° l'anesthésie locale à la cocaïne; 2° une mutilation moins grande ; 3° une section nette et unique de la racine.

En effet, dans le procédé du chirurgien de Lyon, après avoir fait l'anesthésie au chloroforme, on traverse avec une fraise cylindrique creuse la gencive, la paroi alvéolaire externe et la racine. Dans cette opération, le chirurgien doit obtenir le plus souvent une double section de la partie radiculaire, à moins qu'il n'arrive tout à fait à l'extrémité de celle-ci.

Comme conclusion on peut dire que c'est une opération qui ne peut se faire que pour les dents uniradiculaires et même pour celles-ci il faut encore envisager la situation, parce qu'on peut, dans la trépanation, blesser des vaisseaux et des nerfs importants, au niveau du trou mentonnier par exemple. De plus c'est une opération très délicate parce qu'on peut, si on va trop loin, traverser la paroi alvéolaire inerne et voir sortir son trépan au niveau du palais, ce qui est toujours désagréable, quoique sans déterminer dans la plupart des cas de complications bien grandes.

INJECTIONS ORGANIQUES EN PATHOLOGIE DENTAIRE

Par M. P. Poinsot,

Professeur à l'École dentaire de Paris.

Nous avons tous été frappés des découvertes de la science médicale au sujet des injections organiques en pathologie générale.

Cependant, pour les esprits prévenus l'étonnement n'a été que relatif. En effet, si l'étude approfondie de la science excite notre enthousiasme et nous incite à pousser plus en avant encore nos investiga-

tions, il n'est pas mauvais non plus de commencer au point de départ de la question que nous étudions en ce moment, afin de nous pénétrer une fois de plus de cette vérité qu'il existe bien peu de questions absolument nouvelles et que la plupart d'entre elles prennent leur origine au berceau même de l'humanité.

Afin de bien prouver mon dire, je vais vous raconter une conversation instructive d'une personnalité compétente et digne de foi remontant à l'année 1889.

L'exposition ayant amené à Paris M. X... occupant une haute situation en Nouvelle-Calédonie, je m'informai auprès de lui de l'état des mâchoires et des dents des familles canaques; j'appris qu'elles sont parfaites, que les dents sont bonnes et solides, — comme tout ce qui n'a pas encore été touché par la civilisation et qui semble sortir de la main du créateur. Voulant m'éclairer sur un point me préoccupant extrêmement, je présumais que ces êtres humains restés primitifs — il en sont encore à l'âge de pierre — dès l'instant qu'ils possèdent de bonnes dents, devaient infailliblement avoir de non moins bons estomacs; la réponse fut également des plus affirmatives.

En poursuivant les suppositions commencées je pensais que ces êtres privilégies devaient également suivre une bonne hygiène, en rapport avec les besoins physiologiques de notre espèce, et par conséquent, fort différente de celle que nous suivons. Je demandai donc à nouveau à M. X... « Les Canaques boivent-ils beaucoup de liquide pendant leurs repas ? »

La réponse fut des plus éloquentes, et j'aurais bien voulu que M. le professeur Bouchard pût l'entendre, il en aurait été bien heureux : « Ils ne boivent jamais pendant leurs repas » !

En effet, pour remédier au mal qui s'étend dans d'effroyables proportions M. le professeur Bouchard obtient pour le traitement des maladies de l'estomac, particulièrement pour la dilatation, des résultats des plus heureux par le régime sec. Puisse-t-il remonter le courant, en guérissant les maladies existantes, et consécutivement en prévenant ces maladies, supprimer une partie des maux qui affligent notre humanité!

Tout ce qui touche à la nutrition générale doit nous intéresser. C'est pour n'avoir pas envisagé cette importante question que le progrès a été enrayé en art dentaire aussi bien qu'en médecine générale, et si nous rencontrons des cas d'ostéomalacie vraie, comme dans le cas du malade Morisson, relevé par M. le Dr Bouley, chez M. le professeur Gosselin en 1866, coexistant avec une dilatation de l'estomac méconnue, nous trouverons, toujours dans ces mêmes cas, des altérations du système dentaire marquant les débuts d'accidents graves pouvant néamoins être facilement réprimés, surtout au début.

Ainsi donc nos Canaques possèdent une bonne hygiène, de bons estomacs et de bonnes dents, mais ici notre pensée de civilisé nous fait reculer d'horreur et de dégoût, elle nous rappelle qu'ils sont anthropophages !

Eh bien oui, ils sont anthropophages et c'est ici que commence véri-

tablement ma très courte communication, car voici ce que mon narrateur me dit à ce propos :

« Les Canaques vivent en tribus, très souvent en paix, rarement en guerre. Les tribus, se connaissent très bien et elles s'estiment à leurs juste valeur, en temps de paix, dans les rapports qu'elles ont entr'elles, mais si la guerre survient, le civilisé sera surpris de constater que moralement l'ennemi du jour jouira de la même considération que l'ami de la veille, et, après le combat qui rend le vaincu prisonnier du vainqueur, ses mérites n'auront subi aucune atteinte, à ce point que le chef vainqueur anthropophage aura, pour sa part, la partie du chef vaincu qui correspondra à la qualité reconnue. Exemples : si le chef vaincu est connu pour son grand cœur, le chef vainqueur mangera son cœur ; s'il possède un cerveau fertile en grandes conceptions c'est le cerveau qu'il mangera, ou tout autre partie de son organisme humain qui présente une qualité transcendante, afin de pouvoir s'assimiler à lui-même les qualités qu'il avait admirées aux beaux jours de l'amitié.

» Mais quoique ce soient des sauvages dont nous nous occupons il ne faut pas croire qu'il n'y ait là qu'une question purement humaine et animale, cette croyance à l'assimilation s'étend bien au delà de la vie physique, elle s'étend même au monde psychique : en effet, je vous citerai l'exemple de la fille d'un grand chef canaque qui possède les plus beaux yeux qu'on puisse trouver, aussi, a-t-elle été nommée... un nom des plus euphoniques que je n'ai pas retenu, mais qui est des plus agréables à entendre, dont la signification est moins heureuse, car il veut dire mangeuse d'yeux; en effet, dans les croyances de ce pays il demeure entendu que cette charmante jeune fille a dû manger bien des yeux pour pouvoir en posséder de si merveilleux. »

Vous pouvez déjà trouver le parallèle que je veux établir entre les coutumes de ces peuplades primitives, remontant aux origines les plus reculées, et nos savants contemporains qui viennent de découvrir que des organes sains peuvent être utilisés au profit d'autres organes affaiblis ou malades, à la condition si non expresse, mais pour quelques-uns d'entr'eux, qu'ils soient de même nature. Comme mode de faire, les Canaques absorbent par l'estomac, nos savants emploient les injections de liquides d'extraits organiques, voilà la seule différence.

Les Canaques tiennent compte de la valeur des produits naturels à assimiler aux doubles points de vue physiologique et psychique. Les savants ne retiennent que la première considération, ne se souciant pas du tout de la seconde ; en cela sont-ils supérieurs à leurs devanciers naturels?

Comme bilan des injections organiques nous citerons celles de Brown-Séquard de 1889 à 1892 pour les liquides testiculaires, puis celles de M. le Dr Constantin Paul avec l'extrait médullaire et cérébral, transfusion nerveuse en 1892, l'injection du suc thyroïdien par M. le professeur Bouchard, MM. Gley, Vassals, Scheff, Reverdin, de Genève, Tocher, Bourneville, Legroux, M. le professeur Dieulafoy, des injections avec de l'extrait du parenchyme rénal. Le

Dr Comby avec le liquide pancréatique, les Drs Charrin et Langlois firent des injections d'extrait de capsules surrenales.

Les résultats obtenus ne furent pas toujours des plus favorables, mais dans bien des cas ils furent des plus encourageants; c'est pourquoi nous nous sommes attaché à l'étude de ces questions très importantes, décidé à les compléter dans la mesure du possible, pour ce qui touche à notre branche, par des tentatives thérapeutiques d'affections pathologiques dentaires, en nous entourant de toutes les garanties compatibles avec notre situation d'Ecole dentaire d'enseignement.

Ayant eu la bonne fortune de pouvoir compter sur d'excellentes préparations d'extraits organiques dues aux soins de M. Masselin, médecin, chef du laboratoire de M. Toinot, médecin de l'hôpital Laennec, j'obtins des extraits névroyliques et glandulaires, les deux seuls qui puissent (*àpriori*) être employés dans la pathologie dentaire?

Un jour, un dimanche, mon attention fut appelée par un jeune sujet auquel on injectait un liquide antiseptique dans un alvéole nécrosé qui avait renfermé une dent de six ans affectée du quatrième degré avec complication.

Le malade venait à l'Ecole dentaire depuis quelque temps déjà, faisant peine à voir, l'œil droit commençait à pouvoir un peu distinguer les objets, car les paupières commençaient seulement à pouvoir s'entr'ouvrir.

Le sujet, scrofuleux lymphatique, possédait en outre le plus bel engorgement ganglionnaire possible.

J'engageai le malade à revenir à la clinique du mardi suivant, jour où M. le Dr Pinet veut bien nous donner son précieux concours, et je priai notre professeur d'injecter le susdit malade avec l'extrait glandulaire de M. Masselin.

Le mardi suivant M. le Dr Pinet injecta 3 centimètres cubes d'extrait glandulaire dans la région la plus musculaire du sujet.

Le dimanche suivant, je fus frappé des résultats obtenus par cette seule injection : les glandes du cou avaient toutes fondu du huit dixième, mais les glandes sous-maxillaires n'étaient que peu réduites; je conseillai une nouvelle injection pour le mardi suivant, mais le malade me déclara qu'il était très content du résultat obtenu, que très certainement il guérirait, mais il ne se souciait pas *de se faire piquer le derrière à nouveau*, pour se guérir la figure.

Nous avons bien regretté de n'avoir pu compléter cette observation jusqu'à la guérison définitive et totale ; estimant que les injections intra-alvéolaires antiseptiques ont été très efficaces pour attaquer l'auto-infection, nous affirmons que l'injection d'extrait organique glandulaire a été des plus efficaces dans l'amélioration rapide constatée.

Cette communication a pour but de provoquer de votre part des communications quelconques, même seulement ébauchées (vous voyez que j'en donne l'exemple), car il n'est pas mauvais qu'on sache, surtout en ce moment, que nous nous tenons au courant des progrès de la science médicale, que nous nous y intéressons et que nous

pouvons, le cas échéant, donner des preuves que nous ne sommes pas indignes de faire partie de famille médicale à laquelle nous sommes rattachés par la loi de 1892.

OBSERVATION SUR UN CAS DE GLOSSITE DOULOUREUSE ANCIENNE

Par M. LAURENT.

Il y a deux mois environ, M. X..., 77 ans, se présenta à mon cabinet, souffrant de la langue depuis plus d'une année. A l'examen, je vis sur les côtés de sa langue et aussi à la pointe de petites érosions produites par les intervalles résultant de l'absence de plusieurs dents à la mâchoire inférieure.

Le docteur médecin consulté avait pratiqué des cautérisations avec l'azotate d'argent sans aucun succès, le malade lui-même avait renouvelé ces cautérisations sans éprouver aucun soulagement et il se plaignait même de ne plus percevoir le goût des aliments, le miel seul faisait exception.

Sur les conseils de M. Poinsot, qui a bien voulu m'admettre dans son service dentaire à l'asile clinique de Sainte-Anne, je fis à mon client un appareil dentaire prothétique en caoutchouc noir afin de remplir, par des dents artificielles, les vides existants.

La plaque en caoutchouc noir, reliant les dents entre elles, était lisse et bien polie et ne contenait pas de sulfure de mercure, contrairement à la plupart des caoutchoucs colorés. Au bout d'un mois du port du susdit appareil j'eus la satisfaction de constater que les érosions de la langue étaient complètement disparues.

Je dois ajouter que les propriétés gustatives ne s'étaient pas améliorées, néanmoins j'ai l'espoir que plus nous nous éloignerons des érosions ayant causé la perturbation dans le goût, plus nous serons en droit de croire que nous obtiendrons le résultat complémentaire désiré.

Je me propose de suivre mon client afin de m'assurer de la réalisation de mon désir, mais je n'ai pas voulu attendre davantage pour vous présenter une observation que je ne crois pas dénuée d'intérêt.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du mardi 6 juin 1893.

Présidence de M. G. VIAU, président.

La séance est ouverte à 9 heures un quart.

M. Viau donne lecture d'une lettre par laquelle MM. Roger, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, et Ch. Godon, ancien professeur à

cette école, offrent à la Bibliothèque un exemplaire d'un ouvrage qu'ils viennent de publier, le *Code du chirurgien-dentiste*.

Il ajoute que ce livre semble être un travail très intéressant, que la Société et l'Ecole sont heureuses de recevoir, et qu'elles en remercient ses auteurs.

M. Martinier communique une lettre par laquelle *M. Nicoud* se plaint de l'accueil qui a été fait par la Société à sa démonstration pratique du 4 juin, donne sa démission de membre et supprime son annonce dans l'*Odontologie* à partir de juillet.

M. Martinier fournit ensuite les explications suivantes : « L'annonce de la communication de MM. Nicoud et Boulé remonte à décembre dernier ; cette communication a été ajournée à quatre reprises, sur leur demande, et a été fixée définitivement au 4 juin. Il n'est pas d'usage de constituer un bureau spécial pour les démonstrations pratiques, celui de la Société étant suffisant pour cela. Ce dernier comptait assister à cette démonstration, mais, pour des raisons diverses, ses membres ne s'y trouvaient pas ; il y avait également peu d'assistants, bien que les convocations eussent été envoyées plusieurs jours auparavant ».

M. Poinsot. — M. Nicoud est venu dimanche, mais comme j'étais occupé à la clinique, je n'ai pu assister à sa démonstration ; de plus, le Dr Legoux s'étant présenté pour visiter l'Ecole, j'ai dû l'accompagner, puisqu'il s'agissait là d'un intérêt supérieur. Il y avait certainement moins de monde que d'habitude parce que nous approchons des examens ; mais je n'ai pas constaté que l'accueil fait à M. Nicoud fût froid.

M. Salmon. — M. Nicoud ne s'est pas fâché de l'absence de M. Poinsot; il est fâché qu'on lui ait assigné un dimanche et qu'aucun membre du bureau n'ait assisté à sa démonstration.

M. Martinier. — On n'a pas assigné le dimanche à M. Nicoud ; c'est le dimanche qui précède notre séance qui est réservé aux démonstrations pratiques.

Il n'est pas d'usage de publier de compte rendu de ces séances. Si M. Nicoud désire que son travail paraisse dans le journal, il n'a qu'à en faire l'objet d'une communication à une de nos prochaines séances du soir, le bureau se fera un devoir de la publier *in extenso*.

I. — De l'expansion des arcades dentaires comme moyen préventif de la carie interstitielle, par M. Francis Jean

M. Francis Jean s'excuse d'avoir été porté deux fois à l'ordre du jour pour cette communication sans avoir pu la lire : la première fois il n'était pas prêt et, la seconde, il était malade. Il donne ensuite lecture de son travail, présente ses modèles et différents appareils (Voir *Travaux originaux*, n° de juin).

DISCUSSION

M. Debray. — Quel moyen de fixité employez-vous ?

M. Francis Jean. — Des fils de platine mou, de l'épaisseur du

fourreau à la tige, introduits entre ceux-ci, et contournant la tige. On répète cette opération de temps en temps suivant le déplacement qu'on veut obtenir.

M. Deschaux. — Quels moyens de rétention?

M. Francis Jean. — L'ancien appareil sert pour le maintien.

M. Loup. — L'appareil de M. Francis Jean est excellent pour l'expansion des arcades; quant à empêcher la carie, c'est une utopie parce que, si vous écartez les dents, vous supprimez cette *plateforme* qui se continue d'une dent de sagesse à l'autre, et les aliments, se logeant entre les dents, causent une irritation constante entre les repas par suite de la fermentation. Le seul moyen de supprimer la carie, ce serait de nous nourrir d'une nourriture mixte, de façon à avoir des matières immédiatement azotées. Voilà l'idéal.

M. Francis Jean. — Je ne pratique l'expansion que lorsque cela est indiqué et ne m'adresse, par conséquent, pas à des arcades dentaires correctes; de plus, je ne prétends pas supprimer la carie, j'ai simplement l'espoir d'en diminuer la fréquence en régularisant les dents qui chevauchent et en me rapprochant le plus possible de l'esthétique.

M. Loup. — Si vous ne laissez pas d'écartement vous aurez toujours un dépôt.

M. Francis Jean. — On l'enlèvera facilement avec la brosse, si la courbe parabolique de l'arcade est régulière.

M. Josef. — Le principe d'application de la force active recommandé par M. Francis Jean a pour caractère essentiel l'*intermittence*. M. Francis Jean la considère comme réalisant toutes les conditions désirables dans la circonstance.

Les inconvénients de cette manière de faire sont faciles à mettre en évidence. En effet, durant le moment actif il se produirait d'une part une ostéite compensatrice et, du côté opposé, un travail de raréfaction et de résorption dû à la pression exercée par la force de l'extention.

Dans l'intervalle correspondant *au repos*, une condensation du tissu osseux pourrait s'effectuer du côté où a eu lieu le processus raréfiant, et cet effort réparateur que nous devons ménager et utiliser serait inévitablement détruit par la nouvelle poussée de l'appareil.

Nous devons, au contraire, nous efforcer de réaliser une pression douce et continue de telle sorte que le travail de condensation d'un côté suive progressivement le travail régressif de l'autre et que le premier s'effectue à mesure et, autant que possible, aux dépens de l'autre.

M. Francis Jean. — Si l'intervention de l'opérateur est intermittente, l'action de l'appareil s'opère d'une manière suffisamment continue. Le ressort seul peut donner une action continue, tandis qu'avec la vis elle est intermittente.

M. Josef. — Mais il arrive un moment où le ressort même n'agit plus.

M. Francis Jean. — Quand l'écartement est obtenu pour chaque poussée partielle, le travail d'expansion reste un moment arrêté. Cet arrêt à mon sens est un moment de répit salutaire pour le périoste.

M. Swaycarsky. — Vous agissez sur la mâchoire?

M. Francis Jean. — L'action porte moins sur les dents que sur les maxillaires.

M. Defranc. — On rencontre journellement ces résultats dans la prothèse dentaire.

M. Francis Jean. — Avec quels appareils?

M. Defranc. — Chacun les comprend à sa manière.

M. Viau. — Il y a là incontestablement un résultat au point de vue du développement du maxillaire et moins de chance de carie avec un arrangement normal des dents.

M. Francis Jean. — C'est un appareil hygiénique, ceci est à considérer.

II. — Résection d'une racine de canine pathologique sans avulsion (modification du procédé Martin), par M. le Dr Messiam

M. le Dr Messiam donne lecture de ce travail (Voir *Travaux originaux*).

III. — Injections organiques en pathologie dentaire, par M. Poinsot

M. Poinsot lit un travail sur ce sujet (Voir d'autre part).

IV. — Un nouveau fauteuil pour dentistes, par M. Martinier

M. Martinier présente ce fauteuil et donne lecture d'une note à cet égard (Voir *Travaux originaux*).

V. — Observation sur un cas de glossite douloureuse ancienne, par M. Laurent

M. Laurent communique cette observation (insérée aux *Travaux originaux*).

DISCUSSION

M. Francis Jean. — M. Bugnot, de Rouen, nous présenta déjà une observation semblable.

M. Laurent. — Il y avait dans son cas une coiffe en caoutchouc; dans le mien il existait des vides entre les dents.

M. Poinsot. — Si l'on pouvait supprimer les interstices on rendrait de grands services à la thérapeutique.

VI. — Nouveau porte-coton et petite pharmacie pour tablette, par M. Anthoine

M. Viau. — M. Anthoine, qui nous a déjà fait d'autres présentations, notamment celle d'un crachoir, nous a envoyé une nouvelle pharmacie qu'il vient d'imaginer et dans laquelle un ressort fait monter le coton à la surface. Il l'offre aimablement à l'Ecole.

Un membre. — Nos tablettes étant carrées, une disposition qui aurait cette forme vaudrait peut-être mieux.

VII. — Pate métallurgique pour nettoyer les instruments de chirurgie et de prothèse dentaire, par M. Laurent

M. Laurent. — Nous avons toujours des difficultés avec le nettoyage de nos instruments ; avec la pâte que je vous présente et qui nettoie *tous les métaux*, M. Martin a réalisé ce qu'on peut rêver de mieux. Un chiffon ou une brosse suffit (il l'expérimente).

M. Viau. — Le procédé peut nous rendre service.

VIII. — Don au musée, par M. Poinsot

M. Poinsot. — Voici une pièce pathologique ancienne fort intéressante trouvée dans un tombeau mérovingien à Mouy (Oise). Le sujet avait une fistule avec nécrose du maxillaire ; il y eut des accidents et la nécrose s'étendit dans la profondeur en portant atteinte à l'intégrité du cément des molaires supérieures ; ce sont des accidents de voisinage. J'offre cette pièce au Musée.

La séance est levée à onze heures.

Le secrétaire général,
P. Martinier.

REVUE DE L'ÉTRANGER

UN CAS DE NÉCROSE TOTALE DE LA BRANCHE HORIZONTALE DROITE DU MAXILLAIRE INFERIEUR CONSÉCUTIVE A UNE PÉRIOSTITE DE LA DENT DE SAGESSE.

Par M. B. Sachs, de Leipzig.

Si je me permets de vous soumettre un cas survenu dans ma pratique, ce n'est pas seulement parce qu'il ne se présente pas souvent, et que le cours de la maladie était fort intéressant mais aussi parce qu'il est de toute importance de relater et de publier tous les cas dans lesquels de simples maux de dents ont conduit à des maladies graves, d'un caractère général ou local. Car, c'est seulement si des conséquences fâcheuses semblables de négligence des soins de bouche sont toujours mises sous les yeux du public, — ça et là les profanes lisent nos communications — que l'on se convaincra de plus en plus de la nécessité de ces soins, et notre lutte avec les patients récalcitrants qui ne veulent pas se laisser arracher un chicot gâté, parce qu'il ne leur fait pas mal, sera de beaucoup rendue plus facile. Permettez-moi donc de vous relater l'historique de la maladie.

Mme E. M..., 30 ans, prétend avoir souffert pendant les fêtes de Noël 1890 de violents maux de dents dans le maxillaire inférieur, qui auraient disparu au bout de 8 jours. Fin février les douleurs reparurent et la joue enfla beaucoup en même temps. Comme ces douleurs et l'enflure persistaient, la patiente consulta, le 15 mars 1891,

M. Parreidt, médecin-dentiste, qui a bien voulu me fournir les renseignements suivants :

15 mars. Forte enflure de tout le côté du maxillaire inférieur droit. La dent de sagesse branle dans son alvéole. La suppuration s'étend jusqu'à la première prémolaire. Derrière la 2e prémolaire on sent un morceau osseux rugueux. Extraction de la dent de sagesse. La patiente doit revenir 3 jours après, mais ne se présente que le 25.

25 mars. Forte augmentation de la suppuration aux prémolaires. Extraction de celles-ci. La patiente est renvoyée à son médecin pour le traitement. Celui-ci tente, le 15 avril, une extraction parce que la 2e molaire inférieure qui se trouvait encore dans l'alvéole s'inclinait fortement vers le dehors, touchait la muqueuse auprès des antogonistes et l'érodait ; il échoue.

M. Parreidt est consulté de nouveau le 20 avril, il renonce à l'extraction parce qu'il remarque que la dent tient fortement dans un séquestre déjà très mobile.

Le 24 la patiente se rend à la polyclinique chirurgicale du professeur Dr Kölliker. Elle paraît très abattue. Au maxillaire inférieur droit forte enflure, suppuration abondante, la patiente est obligée de cracher constamment. A la place de la 1re prémolaire se dresse, sortant de la gencive, un morceau d'os nécrosé qui a fortement endommagé la lèvre. La branche horizontale est très mobile ; la 2e molaire inférieure se dirige notablement vers le dehors.

Diagnostic : nécrose de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur.

On essaye d'enlever le séquestre pendant une narcose au bromure d'éther ; mais il n'est pas encore assez branlant. La patiente se gargarisera avec un mélange de 5 0/0 de salol et d'alcool et se présentera chaque jour.

1er mai. La canine jusque là solide est fortement branlante, le séquestre s'avance encore davantage. L'extraction de celui-ci pendant une narcose au chloroforme s'opère très facilement au moyen d'un davier à baïonnette. L'hémorragie violente qui s'ensuit est arrêtée par un tampon de gaze iodoformée.

Le séquestre embrasse la branche horizontale tout entière, la 2e molaire tient fortement dans son alvéole.

La guérison s'opéra dès lors tout doucement ; le maxillaire se rétablit largement, seulement il se forma pendant les premières semaines, à la place correspondant à la 1er molaire, une pseudo-darthrose qui, heureusement, s'ossifia plus tard.

Maintenant, avant de passer à la description du traitement orthopédique qui fut suivi dans ce cas, je voudrais dire encore quelques mots de la pathogénie de ce cas.

J'admets que, lorsque la patiente éprouva ses premières douleurs dentaires à Noël, la pulpe de la dent de sagesse s'est gangrenée. Sous l'influence de ces restes gangréneux de pulpe, il s'est formé en février un abcès alvéolaire. Le pus en résultant cherche un passage au dehors et traverse l'os. Tandis que dans ces cas la plupart du temps le pus se fraye une voie à travers l'os et le périoste, puis, sous la

muqueuse molle et élastique, soulevant celle-ci, se répand et donne ainsi le caractère d'une parulie à la maladie, dans l'espèce actuelle le pus s'est vraisemblablement répandu entre l'os et le périoste, a supprimé le dernier et dépouillé ainsi l'os de sa nourriture du dehors. Ce manque de nourriture du dehors seul n'aurait cependant jamais conduit à une nécrose totale ; il se ne serait formé qu'un séquestre. Nous devons donc admettre que la faible ostéomyélite existant dans chaque abcès alvéolaire s'est étendue ici largement sur la moelle. Cette explication n'est nullement inventée, car Miller a démontré dans ses *Microorganismes de la cavité buccale* que des microorganismes pathogènes peuvent atteindre par la pulpe jusqu'à la moelle des os.

Si cela se produisit, le morceau d'os maxillaire correspondant ne fut nourri ni par la moelle ni par le périoste et dut devenir la proie de la nécrose.

J'arrive maintenant à la description orthopédique après l'extraction du séquestre. Il s'agissait de s'opposer le plus tôt possible après l'opération au déplacement de la moitié du maxillaire inférieur restante et de la ramener à une articulation juste.

Le 3 mai, en essayant l'articulation, la patiente rencontre l'incisive latérale inférieure droite sur la protubérance intérieure de la 2e prémolaire supérieure droite. Il y avait donc déjà un énorme déplacement et en outre, la contraction de la cicatrice et la traction du muscle étaient si prononcées qu'il n'était pas possible, même avec de la force, de ramener le maxillaire inférieur dans sa position exacte. Pour vaincre ce déplacement on eut recours à l'attelle de Sauer.

Le cas était particulièrement favorable, car le maxillaire supérieur, comme le reste de l'inférieur, était pourvu de toutes ses dents. Une attelle de caoutchouc fut placée sur les dents du maxillaire inférieur ; elle était terminée à l'extrémité tournée vers la défectuosité par un plan incliné de telle sorte que les deux prémolaires droites supérieures, pendant l'articulation, s'appliquaient sur ce plan. De cette façon le maxillaire inférieur fut rapproché notablement de sa position normale. L'attelle reposait solidement sur les dents et pouvait se retirer aisément pour le nettoyage et les repas, ce qui est un avantage marqué sur l'attelle de métal, qui doit être attachée aux dents.

Au bout de quelques jours la cicatrisation s'étendait si loin qu'une nouvelle attelle dût être confectionnée et cela fut encore nécessaire deux fois, de sorte que la patiente, le 5 juin, c'est-à-dire 5 semaines après l'opération, pouvait articuler passablement juste au moyen de l'attelle. Comme l'antagonisme parfait des deux rangées de dents était encore empêché par l'attelle de caoutchouc passant au-dessus des dents inférieures, on ajouta une lame supérieure qui ne prend que les dents opposées à la défectuosité et sur laquelle porte le plan incliné immédiatement derrière la canine supérieure droite.

En terminant j'ajouterai que l'articulateur Bonwill m'a rendu les meilleurs services dans la construction de l'attelle parce que ce n'est

qu'avec lui seul qu'on peut étudier le déplacement du maxillaire.

(Actuellement la patiente est complètement rétablie, ne porte plus d'attelle et articule très régulièrement).

(*Journal für Zahnheilkunde.*)

NOUVELLE MÉTHODE POUR MOULER ET CONFECTIONNER DE LA GENCIVE CONTINUE

Par M. J. Hooton (Irlande).

Autrefois, quand c'était l'habitude générale d'employer des dents naturelles pour les incisives et les canines et des blocs de dents d'hippopotame pour les bicuspides et les molaires, le procédé de tailler ces blocs était laborieux et lent et ces blocs eux-mêmes fragiles et malpropres. Puis vint l'époque des blocs minéraux solides et propres, à laquelle je commençai mon instruction comme dentiste.

Ces blocs minéraux étaient même plus difficiles à ajuster que ce qu'on appelait les blocs d'os et il m'échut en partage dans ces temps éloignés de travailler de cette manière. C'était aussi l'habitude, pour quelques-uns d'entre nous, d'essayer les dents minérales et les blocs minéraux.

Avec ce préambule, je puis déclarer tout de suite que j'ai fait des recherches sans nombre pour préparer une dent minérale et une substance pour gencive qui ne se rétrécisse pas ou qui ne craque pas en cuisant. Il est inutile de s'appesantir sur les travaux entrepris dans ce but ; qu'il suffise de dire qu'à la fin je trouvai une substance qui ne craque pas sous la chaleur la plus élevée et qui se rétrécit à peine et que j'ai fait cuire une demi-heure. Mais je dois principalement aujourd'hui décrire un procédé ayant pour but de mouler les dents et les substances de gencive d'une manière universellement applicable à toute forme de bouche ou de gencive, avec une série de matrices de différents types de dents qu'il est possible à présent d'ajuster l'une à l'autre par un moyen simple.

Ce moyen s'applique également aux plaques d'or ou de vulcanite sans qu'on ait besoin de platine, ce qui est important, de sorte que chaque série partielle ou complète peut être moulée aussi aisément que la vulcanite, et j'ai la conviction de pouvoir avant longtemps être à même de prouver que la cuisson actuelle prend moins de temps que la vulcanisation.

Je passe maintenant à la description détaillée du procédé. Avant tout, préparer les moules ou matrices. On monte dans la cire des séries de dents de types et de dimensions variés ; 7 ou 8 types suffisent pour un travail ordinaire. Ces modèles de cire ne sont pas ajustés au contour de la gencive, mais simplement à la forme du maxillaire supérieur ou inférieur et tout à fait plats sur ce qui serait la surface de la gencive ; sous d'autres rapports ils sont exacte-

ment ce qu'une série de dents artificielles doit être, excepté quant au contour de la gencive.

Ils forment la partie mâle du moule ou de la matrice qui est coulé en plâtre de Paris en deux parties. Celles-ci sont façonnées, quant à la forme, de manière à être reproduites en cuivre jaune ou en métal de canon, pour être fixées ensemble par des chevilles et, sur la surface supérieure, une plaque de métal est ajustée comme le couvercle d'un moufle, si ce n'est qu'elle a trois trous et un trou central par lequel passe une vis sur lequel est fixé un écrou à ailettes qui serre la partie extérieure de la matrice divisée en quatre portions.

La manière de se servir de l'appareil est la suivante : on prépare un articulateur universel et on y fixe par des vis un modèle en zinc du cas qu'on veut traiter ; on place dessus une empreinte à la cire de la morsure soigneusement prise, de la dimension exacte et du contour de la plaque future. Autour de l'extérieur, on applique une plaque de cuivre jaune doux qui peut être moulée grossièrement sur le contour extérieur et qui se meut sur une monture articulée mobile, pouvant s'enlever et se replacer dans sa position exacte. Cet indicateur s'ajuste approximativement de façon à ce que son bord soit dans le même plan que le bord de la morsure et sa surface inférieure est adaptée à la surface extérieure de la morsure.

L'empreinte de la morsure de cire est alors enlevée et on fait un contremoule de cire de l'intérieur du moule ou de la matrice en cuivre convenant au cas, en y versant de la cire fondue. Ce dernier a une surface plate sur le bord de la gencive, comme cela a été dit précédemment et on l'adapte au modèle de zinc en chauffant simplement celui-ci assez pour faire couler la cire jusqu'à ce que la face triturante soit parallèle au bord du guide ou indicateur en cuivre. Avant de chauffer le zinc, il est nécessaire d'enlever l'articulateur, de sorte qu'il ne se chauffe pas avec le zinc, mais on le replace dans la position exacte qu'il occupait avant que le contremoule de cire fût descendu. On a alors une morsure de cire dont le contour est fait avec des dents et des gencives, comme elle était en quittant la matrice, mais la surface de la gencive, au lieu d'être plate, est la contrepartie exacte du modèle de zinc. On retourne au moule ou à la matrice de cuivre et le métal fusible est fondu et versé par l'un des trois trous du couvercle. Il est bon de mettre un morceau de papier sur la cire, juste au moment où on verse le métal, pour ne pas fondre démesurément la cire à ce point. On ouvre rapidement la matrice en enlevant les chevilles et on retire la cire.

Il convient maintenant d'appeler l'attention sur ce fait que les trous parallèles l'un à l'autre ont été forés dans la partie inférieure de la matrice, pour permettre aux chevilles d'être passées dans des positions convenables pour former les trous des chevilles dans les blocs. Des rainures sont également pratiquées dans le moule ou la matrice derrière les canines de chaque côté pour qu'on puisse y glisser des lames de cuivre jaune mince, de façon à diviser le moule en trois parties. Dans les trous des chevilles sont insérés des morceaux de chevilles en acier de la dimension d'un fil de fer pour pivot,

sur lesquels on fixe les tubes de platine qui revêtent les trous des chevilles dans les blocs de gencive. Une plaque de cuivre est mise sous la matrice pour que les chevilles ne s'échappent pas pendant les manipulations qui précèdent. Le moule ou la matrice est alors serré, à l'exception du couvercle, et le corps est introduit humide, de façon à être versé dans le moule comme on verse du plâtre dans une empreinte de cire, mais il peut être tassé et versé, car il ne prend pas comme du plâtre. On place le couvercle et on martelle doucement, mais solidement, avec le manche d'un marteau dont on met la pointe en avant et finalement on serre avec la vis indiquée comme écrou à ailettes. On met alors le moule ou la matrice sur le fourneau à gaz et on l'y laisse jusqu'à ce que les métaux fusibles s'échappent; à ce moment, l'eau a été chassée de la substance du corps. La partie extérieure du moule ou de la matrice et le couvercle s'enlèvent et l'excédent est ôté des blocs. On peut sortir ces blocs de la matrice en frappant légèrement et sèchement avec un marteau, mais il est nécessaire, bien entendu, de retirer auparavant les chevilles d'acier et les diviseurs de cuivre.

Il s'agit ensuite de peindre la surface de la gencive avec de l'émail de gencive et les collets des dents elles-mêmes avec des couleurs convenables, si elles doivent être nuancées; il est bon de faire cela à l'extérieur des gencives et des dents avant de les retirer du moule ou de la matrice. Les blocs sont alors prêts pour la cuisson, mais il convient de les sécher encore avec une chaleur sèche pendant une demi-heure avant de les placer dans le moufle. Le moufle ne doit pas être fermé avant que l'huile et l'amidon soient chassés. L'amidon est mélangé ou composé du corps pour agir comme de l'argile et on peut l'ajuster à la morsure en sculptant convenablement.

Je ne me propose pas d'entrer dans la question de la cuisson parce qu'elle dépend beaucoup de la forme du moufle et du gaz fourni; qu'il me suffise de dire que, avec le corps composé [1], ce procédé peut s'appliquer à des séries complètes ou non et, pour le travail à pont, il donne un résultat simple et magnifique. La grande difficulté consiste dans la préparation des moules ou matrices, mais une fois ceux-ci terminés, ils servent pour tous les cas et la manipulation qui suit, confiée à un habile opérateur, donne un résultat surpassant la gencive continue ordinaire, parce qu'elle peut être faite en moins de temps qu'avec de la vulcanite, avec beaucoup plus d'apparence que pour celle-ci et plus de facilité que pour celle-là.

Mon attention porte sur la confection des dents artificielles avec gencive continue et sur leur adaptation à la bouche du patient, et a pour objet principal de confectionner et d'ajuster dans celle-ci, par un seul et même procédé, une série complète ou partie d'une série de dents artificielles. Quand j'ai pris comme d'habitude une empreinte ou un moulage à la cire des gencives et du palais du patient et préparé le moule en plâtre de la manière ordinaire ou de la façon con-

---

1. On peut le trouver tout prêt dans la maison S. S. White.

venable, je préfère prendre sur ce plâtre un moulage de zinc. Je fixe alors ce métal sur une plaque ou une monture avec des vis ou autrement. Je prends un morceau de cire qui a été moulé dans le moule décrit ci-après et je chauffe le moulage, de sorte que, en pressant la pièce de cire moulée sur celui-ci, la cire en excès fond et on obtient une empreinte des gencives du patient ; puis, tandis que la cire est encore là, j'ajuste ou je règle la position de la pièce au moyen d'un guide consistant dans une bande de métal doux supportée par deux tiges qui peuvent glisser horizontalement dans un bloc. La position de la bande une fois ajustée à une morsure prise à la cire placée sur le moule de métal en faisant glisser les tiges, celles-ci sont mises en position au moyen d'une ou de plusieurs vis. Le bloc est supporté par un support sur lequel il peut être ajusté verticalement ou dans la direction de l'axe et alors fixé par une vis. Ce guide me permet, quand la cire fond, d'ajuster ou de régler la position de la pièce pour s'adapter aux particularités de la bouche du patient, par exemple à l'angle des dents, à leur longueur et à la projection des racines. Le moulage de cire final ainsi obtenu, est placé dans le moule déjà mentionné.

Ce moule, qui constitue une partie importante de l'invention, a une grandeur convenable et représente une série complète de dents et de gencives. Il est fait en trois parties : le corps ou portion principale, le devant ou pièce d'intérieur et le sommet ou couvercle. Le devant est en quatre parties toutes à charnière pour une plus grande commodité quand on ouvre et quand on ferme le moule ; dans ce dernier cas, le devant est maintenu en position par deux chevilles. Le couvercle a des trous ou ouvertures et est fixé au corps par une vis et un écrou.

Le moulage de cire ayant été placé dans la partie inférieure du moule et celui-ci étant fermé par la fixation de la pièce et du couvercle, je coule du métal fusible dans les trous sur la cire pour obtenir une empreinte exacte de la surface des gencives du patient. Le couvercle avec le moulage y adhérant est enlevé, le moule est ouvert, la cire ôtée, le moule huilé et le devant fermé de nouveau pour recevoir la composition qui formera les dents. Celles-ci s'obtiennent en plaçant une quantité suffisante de la composition dans le moule à l'état pâteux ou semi-liquide, qu'on règle d'après le nombre de dents nécessaire.

Dans la partie inférieure du corps, il y a un certain nombre de trous pour chevilles, un opposé à chaque dent, au travers desquels on passe des chevilles d'acier qu'on enfonce jusqu'au métal fusible à travers le moule. Les chevilles sont coupées tout près du moule et maintenues en position par un disque de cuivre au-dessous de celui-ci. Un petit tube de platine est placé sur la partie proéminente de chaque cheville avant que la composition soit mise dans le moule, comme cela a été dit ci-dessus, de sorte que les tubes sont engagés dans celle-ci. Le couvercle avec le moulage y adhérant est placé sur le corps et fixé par l'écrou, de façon que le moulage soit pressé fortement sur la composition dans le fond du moule, et celle-ci est ainsi

moulée en même temps en forme d'une série de gencives et de dents artificielles, s'adaptant exactement à la bouche du patient et convenant au moulage de cire fini.

On sèche alors lentement le moule et on le chauffe jusqu'à ce que le métal soit fondu et sorte quand le moule est renversé. Les bords fins du minéral sont ainsi conservés. On retire les chevilles en laissant les tubes de platine en position. Le moule ouvert, on enlève les blocs qui sont alors prêts pour la cuisson quand la gencive a été colorée. Une cuisson est suffisante. Si les blocs sont montés en vulcanite, après la cuisson, des chevilles sont insérées dans les tubes, en faisant saillie, la tête en bas, dans le caoutchouc qui coule entre les tubes et les chevilles, et on a ainsi une grande solidité.

Pour terminer, j'exprimerai le regret de n'avoir pu condenser davantage mes indications, mais l'opération elle-même est beaucoup plus simple que sa description sur le papier. Je dois ajouter que ce procédé a été mon idée favorite et m'a pris beaucoup de mes loisirs ; mais si la profession peut y gagner quelque chose, je m'estimerai largement récompensé de ma peine.

(*British Journal of Dental Science.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CONGRÈS DE CHICAGO

Une réunion des membres faisant partie à un titre quelconque du Congrès de Chicago et des organisateurs du 1er Congrès dentaire international de Paris en 1889 a été tenue chez M. Lecaudey le vendredi 30 juin dernier.

MM. E. Lecaudey, Dr Gaillard, Dr Levett, Anjubault, Barrié, Chauvin, Crignier, Dubois, Godon, Héidé et Poinsot étaient présents.

La présidence est donnée par M. Lecaudey à M. Crignier et M. Barrié est choisi comme secrétaire.

M. Crignier communique des lettres d'excuses de MM. le Dr Marchandé, Dr Kuhn, Blocman, Ducournau et Ronnet.

M. Lecaudey indique que la réunion a pour but, sans distinction de groupe, de société ou d'école, d'envoyer aux dentistes américains et aux congressistes le salut confraternel et les félicitations des confrères français, afin de resserrer les liens contractés avec eux à Paris en 1889 lors du premier Congrès dentaire international.

M. Dubois rappelle que, sans la démarche faite par MM. Godon, Ronnet et lui-même pour obtenir la participation des dentistes anglais au Congrès de Paris, ceux-ci n'auraient pas adhéré à ce Congrès. Aujourd'hui ils manifestent de même leur peu de sympathie pour celui de Chicago ; leurs préférences paraissent être pour les congrès médicaux avec une section dentaire.

Les Français n'ont pas la même prévention contre les Congrès purement dentaires, qui ont au contraire toutes leurs sympathies.

L'idée du Congrès dentaire de Paris a été chaudement défendue en Amérique par les dentistes de Chicago, notamment par le Dr Harlan.

« Nous sommes heureux, ajoute M. Dubois, de le voir secrétaire du Congrès de Chicago et de lui envoyer l'expression de nos sympathies. »

On passe à la discussion du texte de la motion à adresser aux confrères d'Amérique.

MM. Anjubault, Chauvin et Poinsot présentent à ce sujet quelques observations.

M. Godon propose que l'adresse soit traduite et envoyée en anglais. Cette proposition est adoptée.

Le texte français est ainsi conçu :

Les membres du bureau honoraire pour la France et les diverses sections du Congrès international de Chicago,

Et les membres du bureau et du comité d'organisation du Congrès international de Paris en 1889,

Réunis aujourd'hui 30 juin 1893 dans une pensée d'union nationale et professionnelle, sans distinction de groupes, de Sociétés ou d'Ecoles, adressent aux organisateurs et aux membres du bureau du Congrès de Chicago leurs vives et sincères félicitations pour leur heureuse initiative.

Convaincus des avantages qui résulteront pour les intérêts généraux et les progrès de leur art de cette grande réunion professionnelle, ils applaudissent à son succès et envoient à tous ceux qui y prennent part leur salut confraternel.

Il est décidé que ce document sera signé de tous les membres présents et de tous les membres absents à qui on demandera leur signature.

M. Godon propose que l'union nationale dentaire, si heureusement constituée dans cette circonstance sans distinction de groupes, de sociétés ou d'écoles soit, dans les circonstances où cela sera jugé nécessaire, réunie à nouveau par l'initiative de son président, M. Lecaudey, ou de l'un de ses vice-présidents.

Ces diverses propositions, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

M. Crignier remercie M. Barrié d'avoir bien voulu remplir les fonctions de secrétaire et, au nom de l'assemblée, exprime les sentiments de reconnaissance de ses collègues pour l'heureuse initiative prise par M. Lecaudey.

Une souscription est ouverte pour contribuer aux dépenses de l'envoi des délégués de l'Ecole dentaire de Paris au Congrès de Chicago.

Prière d'adresser les dons à M. Viau, trésorier, 47, boulevard Hausmann, Paris.

JUGEMENT CONTRE D'ANCIENS MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro qu'un jugement de la 3e chambre du tribunal civil de la Seine, rendu le lundi 5 juin, a fait défense au Directeur, au Secrétaire de rédaction et à six des membres du comité de rédaction de la *Revue internationale*

d'Odontologie de continuer à prendre les titres de professeurs, professeurs-suppléants et chefs de clinique à l'Ecole dentaire de Paris. Nous donnons ci-après le dispositif de ce jugement.

Le tribunal,

Attendu que, Blocman et consorts, dentistes, comme membres de la Société civile dentaire, demandent, suivant assignation du 13 octobre 1892 contre Gillard et autres et Viau, trésorier de la Société, la nullité d'une délibération qui les a destitués des fonctions de professeurs à l'Ecole dentaire, tous nommés après concours par le Conseil de Direction;

Attendu que, si les professeurs et suppléants sont obligés de se tenir à la disposition du Conseil pendant 3 ou 5 années, il ne résulte pas des termes des statuts qu'ils soient définitivement nommés pour ce temps déterminé;

Attendu que,la qualité de membre de l'Association se perd par la démission ou la radiation prononcée pour motifs graves par l'assemblée générale à la majorité des 2/3 des membres présents; que, par l'art. 34 des statuts modifiés, le Conseil d'administration a les pouvoirs d'administration les plus larges;

Attendu que, suivant l'art. 6, le Trésorier représente l'Association en justice;

Attendu que, après des mésintelligences irritantes et prolongées, les demandeurs, exclus aux élections du Conseil de Direction, après de nouvelles discussions, fondèrent un journal séparé de celui de la Société et hostile à la Société;

Attendu que, patiemment avertis de cesser cette concurrence, les demandeurs ont persisté dans ces actes d'indiscipline et ont été, par décision du Conseil du 2 août 1892, considérés comme démissionnaires;

Attendu que, vainement ils opposent l'incompétence du Conseil dont la décision a été, conformément à l'art. 34 des statuts modifiés, ratifiée par l'assemblée générale du 26 novembre 1892 et du nouveau Conseil du 28 novembre 1892;

Attendu que, ladite décision, légalement prise par l'assemblée générale, est justement basée sur les faits reprochés aux demandeurs qui l'ont rendue nécessaire par leur attitude;

Attendu que, le contrat existant entre la Société et les professeurs appointés est le louage d'ouvrage et d'industrie réglé par l'art. 1234 du Code civil si les fonctions de professeur sont à durée déterminée, et par l'art. 1780 du Code civil, résiliables par la volonté d'une seule des parties, si la durée est indéterminée, sauf dommages-intérêts s'il y a lieu;

Attendu que, la durée des fonctions des professeurs n'est pas déterminée par contrat ni par les statuts; qu'il appartient au Conseil d'administration de prendre une mesure nécessitée par la tension des rapports entre membres de la Société due aux procédés des demandeurs; qu'il n'appartient pas au Tribunal d'accorder aux demandeurs le droit de continuer à porter le titre de professeurs en appliquant un règlement intérieur de la Société contrairement à la décision justifiée du Conseil d'administration et de l'assemblée générale, desquels dépend, comme la nomination et la destitution des professeurs, le droit de les récompenser soit en leur laissant le titre sans l'exercice, soit en leur conférant l'honorariat pour services utiles et satisfaisants;

Attendu que, les demandeurs n'ont droit ni à réintégration dans leurs fonctions, ni à conserver leur titre, ni à des dommages-intérêts;

Attendu que, le trésorier de la Société devait seul être mis en cause comme représentant en justice la Société aux termes des statuts; que

la demande intentée contre Gillard et autres, sauf Viau, est non recevable ;

Sur la demande reconventionnelle des défendeurs,

Attendu que l'allocation des dépens à titre de dommages-intérêts est suffisante ;

Par ces motifs,

Déclare Blocman et consorts non recevables et mal fondés en leurs demandes, fins et conclusions, les en déboute, met Gillard et consorts sauf Viau hors de cause ;

Dit que c'est à tort et sans droit que Blocman, Chauvin, Dubois, Godon et Heïdé prennent le titre de professeur à l'Ecole dentaire de Paris, Papot celui de professeur-suppléant, Prével et Roy celui de chef de clinique ;

Leur fait défense de prendre ces titres à l'avenir à peine de 100 francs par contravention constatée ;

Les condamne à titre de dommages-intérêts conjointement et solidairement en tous les dépens qui comprendront les frais de sommation du 5 octobre 1892 et du référé du 18 octobre suivant.

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 14 avril 1893.

Présidence de M. Poinsot.

Sont présents : MM. Barrié, Bonnard, Denis, Gillard, F. Jean, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Paulme, Sauvez, Touchard.

L'ordre du jour est ainsi fixé : Procès-verbal. Correspondance. — Admissions. — Démissions. — Propositions diverses.

Le procès-verbal de la séance du 21 mars est adopté après rectification de M. Bonnard.

Lettre de *M. Antoine Bousquet*, de Carcassonne, demandant pour son fils, élève à l'Ecole, un certificat de mécanicien-dentiste fabricant d'appareils de précision et de chirurgie, certificat qu'il désire présenter aux autorités pour faire valoir les droits des élèves dentistes à ne faire qu'une année de service militaire.

Lettre du *ministère de l'intérieur*, répondant à une réclamation et engageant la direction de l'Ecole à faire les démarches auprès des pouvoirs publics afin d'obtenir l'inscription des élèves dentistes sur la liste des exemptés.

M. Touchard demande la nomination d'une commission chargée d'aller trouver M. Brouardel à ce sujet et ensuite le ministre de la guerre.

Cette proposition est acceptée et MM. Poinsot, Lemerle et Touchard sont nommés.

M. Poinsot donne lecture d'un rapport de M. Cecconi, mécanicien, chargé de la prothèse au laboratoire de l'Ecole, qui conclut en donnant sa démission.

Lettre de *M. le Dr Coulliaux*, au nom du comité d'organisation du congrès médical de Rome, qui invite l'Ecole à prendre part à ce congrès. *M. Poinsot* enverra son acceptation par lettre au nom du Conseil.

Séance du 18 avril 1893.

Présidence de M. Poinsot.

Sont présents : MM. Barrié, Bertrand, Billet, Bonnard, F. Jean, Gillard, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Paulme, Sauvez, Touchard, Tusseau, Viau.

M. Martinier donne lecture de l'ordre du jour de la séance du 14 avril qui est adopté après rectification de M. Touchard.

Admission.

M. Guérin fils, D. E. D. P., de Moulins.

Souscriptions pour l'Ecole.

M. Poinsot.. 250 fr.
M. Romeguère.. 100 fr.

Démission.

Lettre de *M. Richard Chauvin* renouvelant sa démission.

M. Viau donne lecture d'une lettre qu'il a envoyée en réponse à celle de M. Richard Chauvin.

M. Gillard dit que les statuts de la Société civile contiennent un article ainsi conçu : « Tout membre débiteur sera radié s'il ne paie pas la somme dont il est débiteur envers la Société. Cette radiation sera demandée par le Conseil en assemblée générale. »

Le Conseil refuse la démission de M. Richard Chauvin.

M. F. Jean informe le conseil que le règlement intérieur a été déposé à la préfecture de police.

M. Sauvez donne lecture d'une liste de livres dont il a décidé l'achat pour la bibliothèque ; le crédit qui lui a été accordé à cet effet est de 400 fr.

M. Lemerle, au nom du bureau de l'Association générale des dentistes, demande qu'il soit procédé à la nomination d'une commission de trois membres chargée d'établir la situation budgétaire des deux sociétés et de procéder à la répartition des charges réciproques.

MM. Poinsot, Bertrand et Denis sont nommés.

M. Lemerle dépose sur le bureau le catalogue complet du Musée.

M. Gillard fait remarquer que c'est la première fois que le musée est parfaitement en ordre et qu'il convient d'en remercier M. Lemerle qui s'est dévoué à ce travail.

Le conseil vote des remercîments à M. Lemerle.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire des séances
P. Martinier

Le secrétaire général,
Francis Jean.

MISCELLANEA

I. — De l'anesthésie mixte par l'association du bromure d'ethyle et du chloroforme.

Par le docteur Poitou-Duplessy

Dans la seconde moitié du XIXe siècle, trois grandes découvertes ont transformé la chirurgie, et successivement contribué, pour une part importante, à ses merveilleux progrès, ce sont : l'anesthésie, l'hémostase préventive et l'antisepsie.

Cependant, l'anesthésie, bien que datant déjà d'un demi-siècle (1846), laisse encore à l'opérateur quelques appréhensions, en raison des dangers qu'elle peut quelquefois offrir. Les efforts des chirurgiens modernes, éclairés à la fois, et par l'observation clinique, et par les recherches de la physiologie expérimentale, doivent tendre de plus en plus à en perfectionner les procédés et à lui assurer une immunité à peu près complète. C'est de cette tendance que sont nées les diverses méthodes d'anesthésie mixte qui ont été successivement proposées et, en particulier, celle sur laquelle nous désirons appeler particulièrement l'attention.

I

Comme on l'a dit avec juste raison, l'anesthésie chirurgicale n'est que le premier stade d'un empoisonnement général progressif qu'il s'agit d'arrêter à temps.

L'agent anesthésique impressionne successivement et supprime l'activité (après une phase préalable d'excitation, de durée variable) d'abord des hémisphères cérébraux (intelligence et volonté), puis des cellules sensitives de la moelle, puis des cellules motrices et du pouvoir excito-réflexe (phase d'anesthésie confirmée); mais ensuite, et en dernier lieu, si l'intoxication par l'anesthésique est poussée trop loin, le bulbe lui-même est atteint, les fonctions de la vie végétative suspendues, et la mort survient par syncope toxique ou paralytique.

Cet accident de la période ultime de l'anesthésie est toujours menaçant, quel que soit l'agent anesthésique employé, et peut-être peut-on dire que le chloroforme est un de ceux qui y exposent le moins ; j'entends par-là qu'avec lui, une fois l'anesthésie confirmée bien obtenue, il est facile de l'entretenir pendant un temps fort long (60, 100, 120 minutes et plus), à la seule condition d'une surveillance, intelligente, constante des phénomènes physiologiques (pouls, respiration, contraction pupillaire, réflexe oculo-palpébral, etc.).

Par contre, beaucoup des accidents graves de l'anesthésie chloroformique se produisent surtout, pendant les deux premières périodes, par un mécanisme pathogénique sur lequel nous ont fixé, après les travaux

de Cl. Bernard et de P. Bert, ceux de Dastre, de Laborde, et surtout de François Franck [1].

a) A la *période de début*, et souvent dès les premières inhalations, si l'air inspiré contient dans une trop forte proportion les vapeurs irritantes et caustiques du chloroforme, leur action locale, topique se produira sur la muqueuse des premières voies (fosses nasales, larynx, trachée), et cette irritation transmise aux centres nerveux par le trijumeau et le laryngé supérieur (et même l'irritation endopulmonaire transmise par le pneumogastrique) pourra produire, par action réflexe, des troubles respiratoires ou cardiaques; troubles respiratoires d'ordre spasmodique (spasme laryngé, bronchique, suffocation initiale), et surtout troubles cardiaques; excitation réflexe du nerf d'arrêt du cœur pouvant amener l'arrêt brusque, facilité par le relâchement du myocarde, par la surdilatation rapide du cœur, due à l'augmentation de la pression sanguine (le chloroforme étant vaso-constricteur).

b) A la *deuxième période* de l'anesthésie, *excitation* ou *ivresse chloroformique* (l'excitation cérébrale se traduisant par délire, loquacité, hallucinations ; l'excitation bulbo-médullaire se traduisant par contracture, mouvements désordonnés, râles trachéaux, accélération du cœur, dilatation pupillaire), l'effet vaso-constricteur du chloroforme peut s'exagérer (pâleur de la face, décoloration des lèvres), si, à ce moment, il y a une absorption de chloroforme trop rapide, l'excitation trop vive de la moelle cervico-dorsale retentit sur les accélérateurs cardiaques. Les battements s'exagèrent en devenant plus petits ; puis ils se ralentissent ; le cœur se dilate et s'arrête. Cet accident sera d'autant plus menaçant qu'à cette période où l'excitabilité réflexe des centres nerveux est exagérée, viendra se produire une excitation périphérique violente, comme la douleur résultant de ce que l'intervention opératoire est commencée avant la période d'anesthésie confirmée (Fr. Franck).

c) Enfin, à la *troisième période*, *anesthésie confirmée* (caractérisée par la résolution musculaire, la contraction pupillaire et l'abolition du réflexe oculo-palpébral), si l'absorption du chloroforme est poussée trop loin, menace d'apnée toxique ou paralytique (voy. Laborde, Acad. de méd., juin 1890).

A ces trois périodes, la cause des phénomènes dangereux est, en somme, toujours la même; c'est une trop forte proportion de vapeurs chloroformiques dans l'air inspiré ; car, comme l'a dit P. Bert : « Le » chloroforme agit, non par la quantité totale qu'on en respire, mais » par la proportion qui s'en trouve contenue dans l'air, par le titre du » mélange inspiré, *par la tension*, laquelle règle la proportion existante » dans le sang et dans les tissus. »

II

Ce coup d'œil très succinct sur le mécanisme pathogénique des accidents de la chloroformisation est suffisant pour conclure que le moyen de prévenir et d'empêcher les accidents serait de réaliser deux *desiderata* :

1° Assurer, d'une façon constante, le mélange des vapeurs chloroformiques avec une forte proportion d'air ; obtenir l'anesthésie et l'entretenir avec une dose d'anesthésique réduite au minimum, donnée d'une façon méthodique, sans à-coups, sans irrégularités d'action, grâce à la

1. Voyez : François Franck, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 24 juin et 1er juillet 1890.

permanence, réelle ou tout au moins approximative, du titre du mélange inspiré.

C'est ce que réalise la méthode des mélanges titrés de P. Bert, et dont cherchent à se rapprocher les méthodes d'administration dites *dosimétriques* (Legrand [de Libourne], Léon Labbé, Schwartz), car on tend de plus en plus à renoncer aux procédés dangereux de la *sidération*.

C'est ce que je crois réaliser, complètement et très simplement, avec le *cornet de la marine* que j'ai modifié, rendu aseptique, portatif et permettant un dosage constant et régulier [1], tel que je l'ai fait connaître au Congrès de chirurgie de 1866 (V. Procès-verbaux du Congrès, 2e session, p. 697 à 704), et de nouveau décrit dans les *Archives de médecine navale* de février 1889.

2° Mais, en second lieu, pour avoir une complète sécurité, pour se mettre à l'abri des accidents réflexes si graves des deux premières périodes, il faut chercher à atténuer la sensibilité de la muqueuse des premières voies (excitabilité nerveuse périphérique), et à atténuer également l'excitabilité nerveuse centrale et la réflectivité bulbo-médullaire.

C'est là le but poursuivi par les diverses méthodes d'anesthésie mixte et réalisé par l'emploi combiné du bromure d'éthyle et du chloroforme.

1. Cl. Bernard et Nusbaum ont associé le chloroforme et la morphine. (Suppression de la sensibilité de la muqueuse naso-laryngée, — anesthésie obtenue avec une dose moindre de chloroforme, — mais, par contre, augmentation des dangers de syncope respiratoire.) (Fr. Franck.)

2. Spencer Wells a employé, sous le nom de chloro de méthylène, un liquide que Regnault a démontré n'être qu'un mélange de chloroforme avec un quart d'alcool méthylique. Cette association, qui n'a d'autre effet que de diminuer la tension des vapeurs chloroformiques, n'offre aucun avantage sérieux.

3. Formé, médecin de la marine, a associé au chloroforme (1875) le chloral donné une heure avant; Trélat a associé le chloral et la morphine en potion, avec les inhalations chloroformiques.

4. Dastre et Morat ont proposé de faire préalablement aux inhalations de chloroforme une injection hypodermique de 1 centigr. de chlorhydrate de morphine et de 1/2 milligr. de sulfate d'atropine.

Aux avantages de la morphine, déjà cités, ce procédé joindrait celui de supprimer le danger des réflexes d'arrêt du cœur, l'atropine diminuant l'excitabilité des fibres cardiaques du nerf vague.

C'est avec juste raison que François Franck faisait de grandes réserves sur la valeur de ce procédé. Il a joui d'abord d'une grande vogue, car il donne rapidement, et sans excitation, une anesthésie calme; mais il expose à des accidents tardifs graves. (Terrier, Regnier, *Société de chirurgie*, juillet 1890.)

L'atropine paraît entraver l'élimination du chloroforme et favoriser l'intoxication tardive.

5. Laborde a proposé de substituer à l'injection d'atropo-morphine celle de nascéine, qu'il obtient par électrolyse à un grand état de pureté et de solubilité.

---

1. Sans insister ici sur ce détail technique, je rappellerai seulement l'opinion si justement exprimée par Laborde, à l'Académie de médecine : « Les cornets à longue et large ouverture, les masques de flanelle, recevant à une certaine distance des orifices respiratoires les gouttes exactement dosées, sont préférables à la compresse obturante et remplissent des conditions plus rapprochées du véritable titrage. » (V. *Tribune médicale*, 18 juin 1891, p. 390, col. 2.)

6. François Franck, dont les travaux ont jeté une si vive lumière sur la pathogénie des accidents de l'anesthésie, a proposé d'obtenir, par une cocaïnisation préalable, la sensibilité de la muqueuse des premières voies et de supprimer ainsi le danger de la syncope laryngo-réflexe. A cet effet, il injecte dans les narines un centimètre cube d'une solution de cocaïne à 2 0/0 et pulvérise dans le pharynx de la vapeur d'eau cocaïnée.

7. Poitou-Duplessy, dès 1887 (premier travail publié en février 1889); Kocher, de Berne (1890); Terrier et Hartmann (octobre 1892), ont successivement employé le bromure d'éthyle, associé à un autre anesthésique. Dans les Bulletins et Mémoires de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (avril 1892), j'ai ainsi défini les avantages de mon procédé mixte :

1° Atténuation (comme par la cocaïnisation de François Franck) de la *sensibilité périphérique des muqueuses* laryngée nasale et même bronchique ;

2° Atténuation (comme par l'atropo-morphine de Dastre et Morat) de l'excitabilité nerveuse centrale, avec diminution de la *réflectivité bulbo médullaire.*

Il importe, pour faire saisir l'importance du procédé, d'entrer dans quelques détails sur l'action physiologique du bromure d'éthyle.

III

Le bromure d'éthyle ($C^2 H_5 Br$, notation atomique), éther bromhydrique (densité 1.43, odeur éthérée et suave quand il est pur) avait été signalé comme un bon anesthésique local par Terrillon (*Société de chirurgie*, 1880), ayant sur l'éther, quand il est employé en pulvérisation, le grand avantage de n'être pas inflammable.

En Amérique, Turnbull, puis Lewis, de Philadelphie, l'avaient employé comme anesthésique général et l'avaient tiré de l'oubli où il était resté 30 ans, à la suite des premiers essais de Nunnelz, de Leeds.

En France, Berger, Verneuil, Perrier l'essayèrent successivement. Mais bientôt on signala des accidents graves dus à son emploi ; on reconnut que, s'il avait l'avantage de produire l'anesthésie très rapidement et presque sans excitation, en revanche, cette anesthésie était de courte durée, et ne pouvait être prolongée sans danger, car le bromure d'éthyle amenait rapidement les accidents toxiques, l'apnée paralytique. Il fallut donc y renoncer pour les opérations devant avoir une certaine durée, — les auristes, les laryngologistes, les rhinologistes, dont les opérations sont courtes, continuèrent à l'employer, lui trouvant l'avantage (grâce à son action vaso-dilatatrice et à la congestion de la face qu'il produit) de permettre l'anesthésie le malade étant assis, tandis que le chloroforme nécessite impérieusement la situation horizontale.

Le bromure d'éthyle n'est point, comme le chloroforme, un agent caustique, irritant pour la peau et les muqueuses, il n'expose donc pas au danger de la syncope laryngo-réflexe ; son action sur les centres nerveux est plus rapide que celle de l'éther et du chloroforme ; la phase de paralysie des activités nerveuses est atteinte pour ainsi dire d'emblée, sans être précédée de la phase préalable d'exaltation ; c'est pour ce motif qu'il produit rapidement l'anesthésie, sans période d'excitation ou avec une excitation très courte.

Ainsi, pour les deux premières périodes de l'anesthésie, supériorité incontestable sur le chloroforme ; par contre, infériorité très grande sur celui-ci, à la troisième période, celle de l'anesthésie confirmée, où il ex-

pose beaucoup plus, si l'anesthésie se prolonge, à l'*apnée toxique*, précisément à cause de la rapidité de son action paralysante.

Comme le chloroforme, et à un plus haut degré que lui, il excite les sécrétions salivaire et bronchique; il produit, moins souvent que lui, les vomissements et l'état nauséeux (à part certaines idiosyncrasies), et lorsqu'il est employé dès le début de l'anesthésie (dans la méthode mixte), comme il diminue notablement la quantité de chloroforme absorbée ultérieurement, les vomissements post-opératoires sont moins fréquents, ainsi que je l'ai signalé dès 1889.

Son action sur le cœur et les gros vaisseaux est différente de celle du chloroforme. Il n'augmente pas comme lui la pression sanguine; il est vaso-dilatateur, au lieu d'être vaso-constricteur, et produit la turgescence de la face au lieu de sa pâleur.

Les recherches récentes consignées dans la thèse de Ginsburg (Saint-Pétersbourg, 1892) confirment les données ci-dessus. Il résulte des expériences faites par cet auteur sur des animaux qu'avec des vapeurs à faible saturation, le sommeil est obtenu sans modification de la pression sanguine; que, si les vapeurs sont plus saturées, la pression sanguine s'abaisse, la respiration se ralentit, les battements cardiaques deviennent irréguliers; l'arrêt de la respiration précède toujours l'arrêt du cœur; et qu'enfin, introduit dans le sang à trop haute dose, le bromure d'éthyle est un agent toxique pour le muscle cardiaque; qu'en somme, c'est un anesthésique qui paraît supérieur au chloroforme pour les anesthésies courtes, mais lui est inférieur pour celles de longue durée.

D'autre part, Bourneville et Ollier avaient employé avec grand avantage le bromure d'éthyle contre les phénomènes convulsifs de l'hystérie et de l'épilepsie; plusieurs accoucheurs (et moi-même en 1887) avaient jugulé avec lui, mieux qu'avec le chloroforme, des attaques d'éclampsie.

C'est donc bien un modérateur des réflexes bulbo-médullaires.

Il pouvait donc sembler rationnel d'associer le bromure d'éthyle avec un autre agent anesthésique, utilisé pour prolonger l'anesthésie obtenue grâce à lui.

Cependant, Lucas-Championnière, qui avait indiqué le premier à la Société de chirurgie, en 1880, la possibilité de tenter cette association, ne l'avait point réalisée, et, en 1883, il déclarait *Journ. méd. et chir. prat.*, art. 12.278) qu'il fallait abandonner, comme anesthésique général, le bromure d'éthyle, qui avait déjà dans la chirurgie un passé d'accidents redoutables.

L'association du bromure d'éthyle à un autre anesthésique, l'éther, fut tentée à l'étranger par Kocker (de Berne) qui, en 1890 (Correspondenz Blatt für Schweiz. Aerzte), signale les bons résultats obtenus, l'insensibilité rapidement acquise et sans période d'excitation.

Mais, je tiens à faire remarquer que déjà, plus d'un an avant, en février 1889, dans les *Archives de médecine navale*, à la fin d'un travail relatif à l'emploi de mon cornet pour l'anesthésie chloroformique, j'annonçais avoir employé avec succès, à l'aide de ce même instrument, une méthode d'anesthésie chirurgicale mixte, par le bromure d'éthyle et le chloroforme, atténuant ou supprimant la période d'excitation initiale, les nausées et les vomissements post-opératoires, et sur laquelle je me réservais de publier ultérieurement une autre communication.

Au mois d'avril 1892, j'ai lu à la Société obstétricale et gynécologique de Paris une communication insérée aux *Bulletins et Mémoires* de cette Société, donnant sur la méthode tous les détails théoriques et pratiques, ainsi qu'a bien voulu le rappeler à la Société de chirurgie M. le docteur Richelot, lorsque, dans une séance d'octobre 1892, M. Terrier fit connaî-

tre à cette société les bons résultats que M. Hartmann et lui avaient obtenus à l'aide du même procédé.

On me permettra d'autant plus cette petite revendication de priorité qu'il s'agit d'établir que c'est en France, et non à l'étranger, qu'a été appliqué, pour la première fois, le principe de l'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle associé à un autre agent anesthésique.

Quant au *modus faciendi*, il est fort simple :

1. Verser sur le cornet ou la compresse que l'on emploie le bromure d'éthyle plus largement que le chloroforme, mais sans cependant rechercher une action trop rapide ; faire respirer pendant 2 à 5 minutes.

2. Dès que l'on voit que le malade commence à perdre (sans excitation) le sentiment des choses extérieures, en même temps que la face se congestionne un peu et que la pupille commence à se dilater, substituer le chloroforme, versé d'une façon méthodique (procédé dosimétrique).

On obtient assez vite l'anesthésie complète, quelquefois directement, quelquefois en traversant une phase d'excitation modérée et très courte.

3. Dans certains cas (avec des alcooliques), où cette excitation paraîtrait un peu exagérée, on l'arrêterait en revenant momentanément et largement au bromure d'éthyle.

Je l'ai constaté en anesthésiant des alcooliques invétérés.

4. Bientôt on a l'anesthésie confirmée (résolution musculaire, contraction pupillaire, abolition du réflexe oculo-palpébral) ; on l'entretiendra facilement avec une dose de chloroforme réduite au minimum [1].

On sera d'autant moins exposé aux accidents toxiques de cette dernière période, que l'on n'aura eu besoin pour obtenir l'anesthésie que d'une quantité de chloroforme très réduite.

Dans cette association de deux anesthésiques, dont l'action sur les muqueuses d'absorption, sur le cœur, sur la pression sanguine, est absolument différente ; nous pouvons dire :

« Les effets anesthésiques s'ajoutent, tandis que les effets toxiques se combattent. »

(L'*Union médicale.*)

II. — LIPOME DE LA LANGUE

M. Weill communique à la Société médicale de Reims cette intéressante observation recueillie dans le service de M. Decès.

L... Pierre, âgé de 71 ans, actuellement sans profession, ancien fileur, revendeur, etc., entre le 25 novembre 1892 dans le service de clinique du Dr Decès, pour y être soigné d'une tumeur de la langue.

Ses antécédents ne sont pas instructifs : son père est mort à 68 ans, sa mère à 69, tous deux ont succombé à des affections difficiles à déterminer, mais ne paraissant pas être d'origine néoplasique.

Il avait deux frères ; l'un est mort alcoolique à 52 ans, l'autre est mort du choléra.

Lui-même, depuis 32 ans, a de temps en temps des attaques de goutte ; sans cela il ne signale pas d'autre maladie.

Il n'a jamais souffert de la bouche, bien qu'il fume beaucoup. Sa

1. Dans mon mémoire lu à la Société obstétricale, j'ai rappelé quelles étaient les doses de chloroforme à employer si l'on se sert de mon cornet, 10 à 15 gouttes par quart de minute pour obtenir l'anesthésie, et quand elle est obtenue une dose moitié moindre, 5 à 6 par quart de minute, suffit pour l'entretenir. Le chloroforme ayant 54 gouttes au gramme, on voit que l'anesthésie s'entretient avec 0,30 à 0,50 par minute.

denture est mauvaise depuis longtemps ; un grand nombre de dents manquent, les autres sont cariées.

Aucun antécédent vénérien.

Notons encore que le malade a l'habitude de boire beaucoup d'eau-de-vie (1/4 de litre par jour), qu'il ne mange presque rien, et que son intestin est facilement irrité.

Il y a plus de trois ans, qu'il s'aperçut, sur le bord de la langue, d'une petite grosseur qui n'a jamais été douloureuse, et qui s'est accrue insensiblement. Rien ne vient en expliquer l'apparition ; il paraîtrait néanmoins possible que des dents mauvaises, aujourd'hui absentes, aient irrité le siège de la néoplasie.

La tumeur a grossi lentement, mais d'une façon continue ; elle paraît n'avoir subi aucun déplacement et s'être développée à la place même qu'elle occupe.

C'est sur le bord droit de la langue, à 4 cent. de la pointe, qu'existe la petite tumeur. Elle a le volume d'une aveline, soulève la muqueuse, qui est amincie à son sommet, et laisse apercevoir par transparence une teinte jaunâtre.

Cette tumeur est sessile et semble pénétrer dans l'épaisseur de la langue en écartant ses fibres musculaires. Elle est oblongue, lisse, présente une fausse fluctuation et une mollesse caractéristique.

Au toucher on dirait qu'elle est multilobée.

La sensibilité tactile paraît conservée sur toute son étendue, même dans les points les plus distendus. La sensibilité gustative semble un peu obtuse, mais n'est pas développée non plus sur le reste de la langue (sans doute doit-on attribuer cette *indifférence* aux fréquentes ingestions d'alcool).

Ni la déglutition ni la parole ne sont gênées notablement.

Nulle part on n'observe de ganglions, ni sous-maxillaires, ni cervicaux.

L'état général est excellent ; aucune autre particularité à signaler. On diagnostique un lipome.

Le 28 novembre, le malade est endormi ; la langue est attirée hors de la bouche avec la pince de Lucas-Championnière, employée du reste dans toutes les chloroformisations.

L'hémostase préventive est assurée au moyen de deux pinces de Péan prenant toute l'épaisseur de la langue, et isolant la tumeur dans un angle ouvert en dehors.

L'incision, longue de 3 cent., faite sur le bord libre de l'organe, conduit sur une masse lipomateuse encapsulée, divisée en plusieurs lobules bien isolés, variant de la grosseur d'une noisette à celle d'un grain de blé. Tous les éléments de la tumeur sont énucléés sans peine avec un instrument mousse. Quelques petits grains suspects qui se cachent entre les fibres musculaires sont enlevés de même. Trois points à la soie ferment la plaie en même temps qu'ils comblent la petite cavité. Les pinces sont enlevées : l'hémostase est suffisamment maintenue par les sutures.

Le malade, dont la narcose a été très régulière, se réveille rapidement et peut bientôt se rincer la bouche avec de l'eau boriquée : cette précaution antiseptique sera continuée jusqu'à la sortie.

Les suites sont fort simples : le malade n'accuse ni malaise, ni fièvre ; la parole, difficile pendant un jour ou deux, redevient normale ; au bout de trois jours le malade mange et boit comme avant l'opération.

Seulement, il y a le premier jour un peu de gonflement qui disparaît assez vite.

Un des fils tombe de lui-même le troisième jour, les deux autres

sont enlevés bientôt, et le 4 décembre, c'est-à-dire six jours après l'opération, L... sort de l'Hôtel-Dieu.

M. Decès. — Cette observation est surtout intéressante à cause de la rareté de ces tumeurs de la langue. Le diagnostic était facile, la consistance et la couleur jaunâtre du néoplasme ne laissaient pas de doute sur sa nature. J'ai montré ce malade à M. Guelliot qui a autrefois publié une observation de lipome de la langue et il a confirmé le diagnostic que j'avais porté.

M. Guelliot. — Les lipomes linguaux ne sont pas communs. Ainsi qu'a bien voulu le rappeler M. Decès, j'ai eu l'occasion de rapporter une observation de ce genre. A cette époque, je n'avais trouvé que 9 cas analogues. Aujourd'hui il y en a à peu près une vingtaine, et encore y a-t-il lieu de distinguer, car, parmi les cas publiés, il y a un certain nombre de lipomes congénitaux qui me paraissent être des myxo-lipomes; de sorte qu'en réalité les lipomes purs de la langue sont très rares.

Le diagnostic n'est pas toujours aussi simple que dans le cas précédent. Ainsi chez le malade dont j'ai publié l'histoire, M. Gosselin avait diagnostiqué un kyste, l'entourage du maître s'était rallié à cette étiquette, seul j'avais émis l'idée que ce pouvait être un lipome de la langue, me basant sur la ressemblance que cette tumeur offrait avec la description d'un cas analogue que je venais de lire.

L'opération démontra que j'étais dans le vrai.

M. Decès a noté la mollesse et la couleur jaune. Il n'en est pas toujours ainsi; dans certains cas, la tumeur était dure et a pu être prise pour un fibrome.

Enfin, en s'en tenant aux cas publiés, il résulte que le sexe ne semble pas jouer un rôle étiologique puisque ces tumeurs ont été observées autant de fois chez les hommes que chez les femmes. Les causes qui président à l'apparition de ces lipomes sont absolument inconnues.

(*Gazette des Hôpitaux de Toulouse.*)

III. — Phlegmon septique de la région sus-hyoïdienne (angine de Ludwig). Incision profonde ; guérison.

Par M. E.-J. Debrie, médecin-major de 2e classe.

A la suite d'une communication faite par M. le médecin-major Linon, la Société de chirurgie s'est occupée, dans ses séances des 20 et 27 juillet 1892, de ces phlegmons septiques de la région sus-hyoïdienne, auxquels on a donné plus ou moins justement le nom d'angine de Ludwig. Les chirurgiens qui ont pris part à la discussion ont rapporté des faits nombreux, qui démontrent la gravité exceptionnelle de cette affection. En effet, sur un ensemble de 21 cas observés par MM. Nélaton, Quenu, Reclus, Bazy, Marchant, Verneuil, Schwartz et Reynier, 16 se sont terminés par la mort malgré des interventions chirurgicales énergiques. La statistique de M. Delorme est plus heureuse. Ce professeur a eu à traiter 4 cas et a obtenu 4 guérisons. Il en est de même pour M. Chauvel qui, avec 2 cas, a obtenu 2 succès. Les résultats favorables obtenus par les deux professeurs du Val-de-Grâce tiennent évidemment à la voie qu'ils ont suivie pour aller à la recherche du pus. Cette voie, que M. Delorme a le premier préconisée, est celle que nous avons suivie nous-même dans un cas qui s'est heureusement terminé par la guérison. Voici le fait.

Observation.— Le nommé W..., âgé de 21 ans, vigoureusement constitué, sans antécédents pathologiques, engagé volontaire au 1er ba-

taillon d'Afrique, quitte Reims le 11 septembre en parfaite santé pour rejoindre son corps. Arrivé à Marseille le 13, il est caserné au fort Saint-Jean en attendant son embarquement.

Là il fut pris, le 14, d'un violent mal de dent, ayant pour siège la dernière grosse molaire inférieure gauche. Il savait cette dent légèrement cariée et il se présenta le lendemain à la visite pour la faire extraire. Une légère fluxion s'était déjà manifestée, l'opération ne fut pas pratiquée. Rentré au casernement, W... dut s'aliter et il passa les journées des 15, 16 et 17 sans pouvoir ni manger ni dormir.

Embarqué le 17, il se présenta le 18 à la visite du médecin du bord. Celui-ci fit au voisinage de la dent malade une incision qui paraît n'avoir donné que du sang. Quoi qu'il en soit, à partir de ce jour, la fluxion, qui était restée localisée à la joue gauche, déborda le maxillaire et envahit la région cervicale en même temps que les masséters se contracturaient et que l'état général devenait grave. Débarqué à Oran le 19 au soir, W... passa la nuit du 19 au 20 au dépôt des isolés, en proie à une céphalalgie intense, à une soif ardente, à des frissons violents et répétés, à des vertiges et à quelques accès de suffocation. Le 20 septembre il fut envoyé d'urgence à l'hôpital où il fut placé dans notre service des blessés, salle 12, lit 16.

Nous le voyons à 9 heures du matin et nous constatons l'état suivant :

A) *État local.* — Gonflement considérable de la moitié gauche de la face et du cou ; teinte érysipélateuse des téguments. Au toucher, toute cette région est tendue, douloureuse, indurée, sans aucune fluctuation. L'examen de la cavité buccale est rendu très difficile par la contraction des masséters qui rend presque impossible l'écartement des mâchoires. En s'aidant d'un bouchon de liège, taillé en forme de coin, on arrive à constater le gonflement inflammatoire du pilier gauche, du voile du palais, des gencives et du plancher de la bouche. La dernière grosse molaire inférieure gauche n'est visible que par les quatre tubercules de sa face supérieure, cachée qu'elle est par le gonflement des gencives. En plusieurs points la muqueuse buccale est recouverte d'un dépôt blanchâtre, diphtéroïde. La salivation est abondante ; la déglutition presque impossible. Le doigt indicateur, introduit difficilement dans la bouche, ne perçoit nulle part de fluctuation.

B) *État général.* — Le malade est dans un état d'accablement profond ; il accuse des frissons, des vertiges, une céphalalgie intense. La température dépasse 40°2.

Avions-nous affaire simplement à un adéno-phlegmon consécutif à une carie dentaire, ou bien s'agissait-il d'une suppuration septique diffuse analogue à celles dont il a été question à la Société de chirurgie ?

Le gonflement du voile du palais, des gencives, du plancher de la bouche, la contraction des masséters, et enfin la gravité des phénomènes généraux nous faisaient pencher vers la dernière hypothèse. Cependant, le malade respirant bien, une intervention immédiate ne fut pas jugée indispensable. Dans le vague espoir de voir apparaître un point fluctuant nous nous arrêtâmes provisoirement à l'expectation armée qui fut complétée par des onctions à la pommade mercurielle belladonée, des cataplasmes et des pulvérisations boriquées. Mais le jour même, à 1 heure de l'après-midi, M. le médecin aide-major de garde nous fit appeler, l'état général du malade s'aggravant de plus en plus et se compliquant d'accès de suffocation redoutables. Dès lors une intervention était indispensable et devait être pratiquée séance tenante. Il fallait aller à la

recherche du pus en se tenant prêt à faire la trachéotomie si les accès de suffocation se renouvelaient. Nous procédâmes immédiatement à cette opération, en présence de M. le médecin principal Mathias, médecin-chef, et avec l'aide de M. le médecin aide-major Marcus et des autres médecins de l'hôpital. Le procédé opératoire choisi fut celui du professeur Delorme. Incision de la peau du tissu cellulaire, du peaucier et de l'aponévrose cervicale superficielle à égale distance de l'os hyoïde et du bord du maxillaire inférieur, comme pour la ligature de la linguale. Arrivé sur la glande sous-maxillaire, nous la libérons dans sa loge et la faisons récliner en haut. Apercevant la face profonde de la loge de cette glande, nous l'ouvrons à l'aide de la sonde cannelée, en même temps que nous dissocions les fibres du muscle mylo-hyoïdien. Nous voyons alors apparaître une petite quantité du pus sanieux, infect, mal lié, mélangé de gaz. Ce foyer purulent fut immédiatement lavé à la solution de sublimé, puis drainé et recouvert d'un pansement antiseptique. Le soir même de l'opération le malade se sentit soulagé. Les phénomènes généraux s'amendèrent et la température, qui était montée le matin à 40°2, tomba à 39°4.

21 septembre. — La température du matin = 37°,4; on remplace le pansement qui est souillé par une grande quantité de pus sanieux infect. Le malade est beaucoup mieux. Mais à la contre-visite nous constatons que la température a monté à 40°2. Le malade se plaint en même temps de céphalalgie, de vertiges et de frissons violents. Le pansement avait été refait le matin, mais nous jugeons nécessaire de le renouveler le soir même, pensant à une rétention du pus. En effet, en explorant le fond de la plaie avec la sonde cannelée, nous faisons jaillir du pus en quantité plus considérable et tout aussi infect que la veille.

22-24 septembre. — Le malade n'a plus de fièvre, mais le drain donne toujours issue à du pus de mauvaise nature. Lavages au sublimé poussés aussi loin que possible; pansement antiseptique. Régime tonique.

25 septembre. — Le pus qui recouvre le pansement n'a plus la même odeur que celui des jours précédents. Il est de bonne nature et provient surtout des bourgeons charnus de cicatrisation. Les lavages n'en sont pas moins continués et nous remarquons alors que le liquide injecté avec force pénètre dans la bouche par une plaie qui n'est autre que l'incision pratiquée par le médecin de la marine pendant la traversée.

26 septembre. — La constriction des mâchoires a en partie disparu. Elle permet l'examen de la cavité buccale. La dernière grosse molaire gauche, origine de tous les accidents, apparaît cariée. Nous procédons à son avulsion.

27 septembre. — Notre incision tend à se fermer. On enlève le drain. A partir de ce jour la cicatrisation marche rapidement, l'appétit est complètement revenu, la mastication se fait facilement et, en dehors d'une plaie superficielle, le malade peut être considéré comme guéri.

La profondeur où nous avons trouvé le pus, le chemin qu'il a fallu parcourir pour le rencontrer et la nature même de ce pus prouvent qu'il s'agissait bien d'un phlegmon septique et non pas simplement d'un adénophlegmon sous-maxillaire. En même temps, nous avons tout lieu de croire que, sans l'intervention, l'affection se serait terminée fatalement.

Aussi le grand intérêt de cette observation repose-t-il dans la voie qu'il a fallu suivre pour arriver dans le foyer purulent. En pratiquant toute autre incision que celle préconisée par M. le médecin principal Delorme, nous ne serions certainement pas arrivé jusqu'au point qu'il fallait atteindre, et nous nous serions arrêté en attendant vainement que le pus

se fit jour au dehors. Quant à une intervention par la voie buccale, il ne fallait pas y songer. La constriction des mâchoires s'y opposait absolument. En supposant même qu'elle eût été possible, cela aurait été une mauvaise opération que d'ouvrir dans la bouche un foyer septique. Aussi dirons-nous, pour conclure, que chaque fois qu'un cas analogue se présentera il faudra aller jusqu'au mylo-hyoïdien en contournant la glande sous-maxillaire. Les faits rapportés par M. Delorme le prouvent comme ceux de M. le médecin principal Chauvel, et enfin comme celui dont nous venons de rapporter l'histoire.

(Archives de médecine et de pharmacie militaire.)

IV. — Phlegmon de l'orbite du a une périostite alvéolo-dentaire ayant envahi le sinus maxillaire et la cavité orbitaire; guérison après l'arrachement d'une molaire cariée.

Par P. Delamarre, Médecin-major de 2e classe.

F..., âgé de 11 ans, habitant Châtellerault; aucun antécédent morbide.

Cet enfant ressentant, le 13 décembre 1892, une vive douleur dans l'œil droit, les parents font appeler deux médecins qui ordonnent d'appliquer sur la tempe de la pommade belladonée et des cataplasmes.

Le 14, le 15 et le 16 décembre, les douleurs, loin de diminuer, vont en augmentant et l'œil est projeté en avant.

Le 17 et le 18, la souffrance devient encore plus vive et la région périorbitaire est d'un rouge intense.

Le 19, aucune amélioration. L'exorbitisme est encore augmenté. Appelé auprès de l'enfant, nous constatons tous les symptômes décrits plus haut. Les douleurs sont intolérables, la fièvre est intense et les mouvements du globe oculaire sont devenus impossibles; nous portons le diagnostic de phlegmon de l'orbite. Restait à trouver la cause de cette affection. L'enfant n'avait été atteint d'aucun traumatisme et ne se plaignait nullement des dents, mais on augmentait la douleur en pressant sur la pommette de la joue. Nous examinons la bouche et nous trouvons la deuxième molaire située du même côté que l'œil malade, atteinte de carie avancée. Nous faisons sauter la dent malade, sur laquelle nous remarquons trois racines dont une très longue. A l'aide d'une sonde cannelée, nous fouillons l'alvéole et nous l'enfonçons dans le sinus en appuyant fortement à l'endroit correspondant à la plus longue racine. Cette opération donne issue à une quantité de sang mélangé de pus. Nous prescrivons une onction sur la joue avec de l'onguent napolitain et des cataplasmes de fécule très chauds. Dès le lendemain, 20 décembre, l'enfant ne souffrait plus, la rougeur péri-orbitaire avait diminué et l'exorbitisme était moins prononcé. Les cataplasmes de fécule et l'onguent napolitain sont continués.

Le 21, le mieux s'accentue, l'œil est rentré dans sa cavité. Avec la sonde cannelée préalablement flambée nous fouillons de nouveau l'alvéole de la dent enlevée, opération qui donne encore issue à un peu de sang.

Le 22, l'œil a repris son aspect normal, il ne reste plus qu'un peu de rougeur dans l'angle interne de l'œil.

Le 23, il n'y a plus de douleur, la rougeur a disparu.

Le 24, la guérison est définitive.

Remarques. — On voit, d'après cette observation, que le pus, au lieu de s'échapper par la voie buccale en formant un abcès dentaire, ce qui arrive le plus souvent dans le cas de carie dentaire, compliquée de périostite, a gagné d'abord le sinus maxillaire, puis le tissu cellulaire de la

cavité orbitaire par la fente sphéno-maxillaire. La grande racine de la molaire atteinte devait, dans le cas présent, communiquer avec le sinus. Cette particularité anatomique n'est pas absolument rare. Voici, à ce propos, ce qu'écrit M. le professeur Tillaux dans son *Anatomie topographique* : « La cavité du sinus maxillaire est séparée des racines des grosses molaires par une très mince couche de tissu osseux. Quelquefois même on les y rencontre à nu, en sorte que le sinus peut se trouver ouvert à la suite d'une extraction de dent, accident d'ailleurs sans gravité. »

D'après ce qui précède, enlever la molaire cariée était la première indication à remplir en présence du cas que nous avions à traiter. Aussi nous n'avons pas hésité à user de ce moyen inoffensif qui a parfaitement réussi et qui a sûrement fait éviter à notre petit malade une ou plusieurs incisions profondes dans le tissu cellulaire de l'orbite.

Les phlegmons de l'orbite à la suite de carie dentaire doivent être assez rares. Cette cause n'est pas signalée dans les meilleurs traités des maladies des yeux; c'est pourquoi nous avons cru intéressant de publier cette observation, ne serait-ce que pour bien remarquer qu'*en présence d'un phlegmon de l'orbite, le médecin ne doit pas oublier de visiter la bouche du malade, alors même que ce dernier n'accuserait aucune souffrance du côté des dents.*

(*Archives de médecine et de pharmacie militaire.*)

V. — Singulière coutume en Norwège

Dans quelques parties de la Norwège on peut remarquer dans certaines maisons de campagne et dans quelques-unes appartenant à de riches paysans des chaises de bois avec des dents enfoncées dans le siège. Pendant les générations il était d'usage d'enfoncer ainsi les dents de la première dentition dans les sièges des chaises. Quelques-unes présentent plusieurs rangées de dents.

Cette coutume qui est très ancienne (et qui est maintenant abandonnée) remonterait, paraît-il, aux temps du paganisme, mais on ignore ou tout au moins on a oublié comment on la pratiquait.

(*Ash et Sons'Quarterly Circular.*)

VI. — Intoxication mercurielle chronique produite par le sublimé

Un chirurgien de Vienne, M. Albert, souffrait, depuis plusieurs années, d'une dyspepsie dont il ne pouvait diagnostiquer la cause; d'autre part, il avait constaté que ses ongles étaient devenus mous, et il avait, en outre, perdu, en très peu de temps, trois dents qui étaient relativement bonnes. Il eut l'idée de faire analyser ses urines par M. Ludwig, qui constata qu'elles contenaient une quantité appréciable de mercure. M. Albert attribue cette intoxication mercurielle chronique à l'action du sublimé dont il fait un fréquent usage dans son service.

VII. — Un cas d'empoisonnement par le bromure d'éthyle

Le Dr Jendritza, de Berlin, fut appelé auprès d'une jeune bonne de 18 ans qui était en syncope. La veille elle avait subi une opération dentaire dans laquelle on avait eu recours au bromure d'éthyle comme narcotique. La jeune personne s'était pourtant parfaitement bien trouvée par la suite. Le docteur constata les symptômes suivants : respiration calme, rapide, pouls 100, fort et régulier, absence de décoloration du visage, pupilles ouvertes modérément, fixes, les mâchoires fortement serrées l'une contre l'autre. La sensibilité était totalement éteinte et ce ne fut qu'au bout d'une demi-heure, à la suite d'application de compresses

glacées sur la tête, de frictions froides et du brossage des extrémités qu'elle reprit ses sens; la parole ne revint qu'une demi-heure plus tard. Au réveil la disposition était normale, il ne subsistait qu'un goût d'amertume, la langue ne dénotait aucun changement. C'étaient les effets d'une narcose au bromure d'éthyle qui se faisaient sentir sur le système nerveux central. Le médecin-dentiste auquel il n'est encore jamais arrivé d'accident dans l'emploi de cet agent, n'avait encore rien remarqué d'inquiétant chez la patiente non plus que les maîtres de celle-ci plus tard.

(Zahntechnische Reform.)

VIII. — Absorption d'un dentier (R. H. Rosenzweig)

Il y a quelque temps un patient me consulta en me déclarant qu'il avait avalé son dentier. Il avait fait un petit somme après son repas et s'était réveillé avec une sensation d'étouffement et de violentes douleurs dans l'œsophage qui s'étendaient jusqu'à l'estomac; après avoir absorbé un peu d'eau, la douleur céda. A l'examen, le larynx se montra rouge et enflammé quoiqu'il n'y eût ni blessure, ni hémorragie; le patient était, du reste, en état d'avaler sans douleur les aliments liquides comme les aliments solides et je parvins sans difficulté à introduire une sonde dans l'œsophage jusqu'à l'estomac.

Je recommandai au malade de se mettre au lit, d'observer un repos absolu et la diète habituelle pour les cas de ce genre. Les trois premiers jours il éprouva des douleurs violentes, ressemblant à des crampes et se montrant principalement dans la région du bas-ventre. La diarrhée alterna avec la constipation et les excréments contenaient beaucoup de muqueuse, mais point de sang. Après le cinquième jour un mieux survint; la digestion se fit sans difficulté et les déjections devinrent normales à tous égards. Pendant la troisième semaine le patient insista pour quitter le lit et aller prendre l'air; après une longue promenade, de violentes douleurs de ventre se firent sentir, mais elles cessèrent peu à peu. Je restai longtemps sans revoir le patient et je n'appris que plus tard que le dentier était sorti sept semaines après, au milieu de violentes douleurs, par la voie naturelle. Les dents s'étaient fixées à l'anus et ne purent en être arrachées qu'en employant un effort considérable, qui avait provoqué une hémorragie violente. Deux abcès se formèrent plus tard à l'anus, mais guérirent rapidement. La plaque d'or qui supportait les dents avait 2 pouces 1/4 de long et 3 pouces 1/4 de large.

(British Medical Journal.)

IX. — Mort due au chloroforme

Une mort accompagnée de circonstances particulières, sur lesquelles le Dr Danfort Thomas a fait un rapport, est survenue récemment à l'hôpital Middlesex à la suite d'une narcose au chloroforme.

Le patient, âgé de 56 ans, souffrait d'un carcinome au maxillaire supérieur et devait être anesthésié en raison de l'opération à entreprendre. Le chloroforme devait être administré avec l'appareil Junker au moyen du tuyau pénétrant dans le nez. Pendant l'opération, l'opérateur remarqua avec étonnement qu'un liquide clair s'échappait de la blessure, mais ne put s'expliquer ce que cela signifiait. Tout à coup, survint un arrêt de la respiration et, à la suite des recherches faites aussitôt, on constata que le récipient du chloroforme, qui d'ordinaire est suspendu à un crochet fixé au paletot de l'assistant, avait basculé et que le liquide avait pénétré dans l'œsophage du patient, ce qui avait amené la mort.

Il va de soi que, dans ce cas, l'issue fatale de la narcose ne peut être attribuée à l'effet du chloroforme. Il est extrêmement difficile de narcoser avec cet agent dans les opérations de la bouche et le cas qui précède devrait servir d'avertissement pour l'avenir.

(Medical Press.)

X. — Autre cas de mort due au chloroforme

Un jeune homme de 22 ans souffrait d'une nécrose du maxillaire inférieur survenu à la suite d'un traumatisme. Le 9 mars il se présenta à l'University College Hospital. L'inhalation du chloroforme eut lieu sans difficultés et, quand elle fut terminée, on enleva la charpie qui se trouvait sur le front du patient, on commença l'opération lorsque tout à coup le mouvement du cœur et la respiration cessèrent. On employa sur-le-champ les moyens voulus pour le ranimer et on les continua longtemps, mais sans succès. A l'autopsie on constata que le patient souffrait d'une hypertrophie de l'enveloppe du cœur et d'un épaississement des valvules quoiqu'on ne remarquât aucune dégénérescence graisseuse; les muscles semblaient sains.

La mort est survenue sans conteste dans ce cas par suite d'un arrêt des mouvements du cœur; quelques respirations se produisirent encore quand il eût cessé de battre. L'entrée de l'air dans les poumons n'avait pas été gênée. Le chloroforme fut analysé et trouvé irréprochable; il avait d'ailleurs été employé avec succès pour plusieurs autres patients.

(British Medical Journal.)

XI. — Une dent de mastodonte, par M. Sexton

Mon intérêt pour le mastodonte s'est éveillé il y a quelques jours, par la découverte d'une molaire de mastodonte dans le comté de Shelbyville, Etat d'Indiana, que je possède maintenant.

Cette dent pèse 5 livres, la couronne a 8 pouces sur 4, et les pointes extérieures sont à 1 pouce 3/4 au-dessus de la gencive ou du bord de l'émail. Les racines sont bifides, l'une séparée et seule, et derrière un groupe de 4 ou 5 dont toutes les extrémités sont brisées. La racine existante la plus longue a 6 pouces de long et, autant que j'en puis juger, la portion perdue doit avoir eu 3 pouces de long, soit une racine de 9 pouces de long. La couronne a 5 pointes ou mamelons distincts de chaque côté, avec plusieurs petites groupées autour. Elle est fortement usée par la mastication et, vers la partie mésiale, elle est excavée à une profondeur d'un pouce 1/4, laissant voir l'émail et la dentine, celui-là ayant une épaisseur de 3/8 de pouce à certains endroits.

Le mastodonte est un ancêtre de notre éléphant moderne, ou du moins de la même famille et il s'en distingue surtout par les dents. Le mot *mastodonte* vient des deux mots grecs μαστός, ὀδούς, signifiant respectivement *pointe* et *dent*, la couronne, avant d'être usée, se composant d'un groupe de mamelons ou de protubérances couverts d'émail.

Le mastodonte pendant sa vie avait 6 molaires de chaque côté, en haut et en bas, mais n'en avait jamais plus de 3 en place en même temps. La dent du devant s'usait vers le bas, les dents de l'arrière s'avançaient et la poussaient au dehors, une autre molaire disparaissant postérieurement à toutes, formant ainsi ce qu'on appelle quelquefois une succession horizontale de dents au lieu d'une succession verticale, comme on le voit dans la bouche de l'homme.

Des deux espèces d'éléphants éteintes, le mastodonte et le mammouth, dont on trouve de temps en temps des squelettes, le premier est le plus ancien, ses restes n'ayant jamais été découverts avec ceux de l'homme,

tandis que ceux du second l'ont été, quoiqu'il remonte aussi à une époque fort éloignée.

Il peut être intéressant d'estimer l'âge de cette dent, quoique, en l'apprenant, on doive rester incrédule. Dans la dernière édition de l'*Encyclopédie britannique*, à l'article *Anthropologie*, de E. B. Tyler, on lit :

La géologie, malgré l'imperfection de ses résultats, a prouvé clairement que notre globe doit avoir été le siège d'une vie végétale et animale pendant une période immense, tandis que la première apparition de l'homme, quoique relativement récente, est en fait si éloignée qu'en l'évaluant entre 20.000 et 100.000 ans, ce n'est certainement là qu'un minimum.

Cette dent, dès lors, date sans aucun doute, de 20.000 ans et peut remonter à 100.000, ce qui suffit certes si nous nous en rapportons à ces données, pour exciter notre curiosité.

(*Items of interest.*)

NÉCROLOGIE

M. Préterre.

Notre confrère M. Préterre vient de mourir à l'âge de 72 ans après une courte maladie.

Il jouissait d'une renommée justifiée pour les restaurations de la face et du palais, et sa collection spéciale fut très remarquée aux expositions universelles de 1867, 1878 et 1889, où il obtint les premières récompenses.

Lorsqu'il créa son cabinet dentaire en 1854, il sut s'adjoindre un opérateur émérite, M. Fowler, et il contribua puissamment à l'œuvre de l'éducation de la clientèle, qui peu à peu sut apprécier des travaux méritants et les payer en raison de leur importance et du service rendu.

Sa fortune lui fit des envieux, des jaloux, des ennemis, mais on ne lui connaît pas de flatteurs parmi ses confrères (français du moins).

Il fonda le premier journal dentaire de France, l'*Art dentaire*, ayant eu un lendemain. Enfin, en 1880, il s'intéressa à la création de l'Ecole dentaire de Paris et il fut parmi les premiers souscripteurs.

Il était membre de la Société d'Odontologie où il se faisait remarquer, à une époque du moins, par une très grande assiduité; il venait recueillir toutes les nouveautés, saluer chaque progrès nouveau, donnant ainsi un salutaire exemple à ses confrères moins avisés.

M. Marié-Davy.

On annonce la mort, dans sa propriété sise aux environs de de Clamecy (Nièvre), de M. Marié-Davy, le physicien bien connu, inventeur de la pile qui porte son nom.

Il était âgé de soixante-douze ans.

M. Marié-Davy avait débuté par le professorat à la Faculté de Montpellier, puis au lycée Condorcet.

Plus tard, astronome-météorologiste à l'observatoire de Paris, il

avait organisé, sous la direction de Le Verrier, le service des avertissements aux ports, avec ses deux collaborateurs dévoués, MM. Fron et Souvel.

Il avait été ensuite nommé directeur de l'observatoire de Montsouris, où il publia une série de volumes de l'*Annuaire météorologique.*

M. Marié-Davy était l'oncle du Dr Paul Marié, le distingué professeur de l'Ecole dentaire de Paris auquel nous adressons à l'occasion de cette perte tous nos compliments de condoléances.

NOUVELLES

La première pierre des nouveaux bâtiments du collège de chirurgie dentaire de Chicago a été posée le 12 juin.

LES DIPLOMÉS DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Une réunion importante des diplômés de l'Ecole dentaire de Paris a été tenue le samedi 1er juillet à l'Ecole pour examiner ce qu'il convient de faire auprès de la Commission technique du Conseil supérieur de l'Instruction publique qui s'occupe en ce moment de l'organisation de l'enseignement dentaire.

L'assemblée, après avoir été mise au courant de la situation par M. Poinsot, a décidé l'envoi à la Commission technique d'une pétition revêtue des signatures des diplômés et réclamant la liberté de l'enseignement dentaire, des représentants des écoles dans le jury et des dispositions transitoires plus favorables à l'égard des diplômés.

Elle a en même temps chargé une commission, composée de MM. Dubois, Gillard, Godon, Poinsot et Touchard, de la rédaction et de l'envoi de cette pétition qui est ainsi conçue.

A Monsieur le ministre de l'Instruction publique.

Les dentistes soussignés, diplômés des écoles dentaires françaises, réunis en assemblée générale le 1er juillet 1793, dans le local de l'Ecole dentaire de Paris, recommandent à votre bienveillante attention les vœux suivants :

Considérant qu'ils ont fondé spontanément des établissements d'instruction professionnelle qui ont mérité les éloges et les encouragements de sommités scientifiques et politiques, ainsi que l'appui des pouvoirs publics ;

Qu'ils se sont astreints volontairement à faire des études pendant plusieurs années, pour relever la profession de dentiste en France et offrir au public des garanties de savoir et de compétence ;

Que les commissaires du Gouvernement, MM. Liard et Brouardel, ont reconnu ces efforts heureux devant le Sénat et la Chambre des députés ;

Ils demandent que l'article 30 de la loi du 30 novembre 1892 soit complété et interprété avec justice et bienveillance, afin d'assurer la transition du régime de la liberté absolue d'exercice au régime de la réglementation.

Respectueux du nouvel état de choses, ils demandent que leurs études et leur pratique antérieures leur soient comptées afin de permettre à un certain nombre de praticiens d'obtenir le nouveau diplôme et de faire entrer la loi dans les mœurs.

Il demandent que le Gouvernement de la République édicte des mesures transitoires aussi libérales que celles formulées par le Gouvernement anglais dans l'article 36 du Dentist's Act de 1873 [1].

En présentant cette requête, ils espèrent servir, ainsi qu'ils l'ont fait dans le passé, l'élévation du niveau professionnel.

Interprètes des vœux de leurs confrères, ils sollicitent de M. le ministre et du Conseil supérieur de l'Instruction publique les conditions d'examens formulées ci-après.

1°. — *Epreuve d'anesthésie* pour ceux d'entre eux qui possèdent le diplôme des écoles dentaires françaises, reconnues d'utilité publique, qui appartiennent ou ont appartenu à leur corps enseignant, pour leurs étudiants en cours d'études au jour de la promulgation de la loi.

2°. — Epreuve d'anesthésie et épreuve de capacité professionnelle pour les dentistes exerçant en vertu des dispositions transitoires et ne possédant pas ces diplômes.

Ils demandent également que les écoles dentaires soient représentées dans les jurys d'examen, ainsi que cela se fait en Angleterre (*Voir article 19 du Dentist's Act*).

---

1. NOTE SUR LE DENTIST'S ACT

Composition des jurys d'examens, article 19.

« Chacune de ces Commissions portera le nom de Commission des examinateurs en art et en chirurgie dentaires, et doit être composée de six membres dont la moitié au moins doit comprendre des personnes enregistrées conformément à cet Acte et cet enregistrement doit suffire pour être membre de ladite Commission.

Dispenses d'examens ou d'études aux dentistes ou étudiants dentistes, exerçant en vertu des dispositions transitoires et voulant obtenir le diplôme de licencié en chirurgie dentaire (article 37).

« Une personne qui fait son apprentissage chez un dentiste apte à être enregistré et qui finit son apprentissage le 1er janvier 1880 pourra être enregistrée sur le registre créé pour cet Acte. Le Conseil général peut dispenser des examens ou des autres conditions nécessaires pour l'enregistrement qu'il juge à propos un élève dentiste ayant commencé son éducation ou son apprentissage avant l'application de cet Acte. »

REMARQUES

Le *Dentist's Act* est du 23 juillet 1878. Il accordait aux apprentis des praticiens enregistrés qui, pour les cinq sixièmes, avaient fait une simple déclaration *bona fide*, des dispenses si l'apprentissage était achevé au 1er janvier 1880, c'est-à-dire deux années et demie après.

Cette faculté d'obtenir le diplôme de licencié en chirurgie dentaire par des examens restreints n'a été définitivement abolie que le 12 juillet 1891, treize ans après.

Voici les chiffres donnés par la publication officielle le *Dentist's Register* sur les proportions des différentes catégories des dentistes, enregistrés pour l'année 1892.

Licenciés en chirurgie dentaire : 1.179, proportion 24.07.

Praticiens ayant fait la déclaration *bona fide* : 3.671, proportion 75.27.

La *Société Odontologique de la Grande-Bretagne* et l'*Asssociation dentaire britannique* ont décidé de ne pas envoyer de délégués au Congrès de Chicago.

Le bruit qui avait couru un instant que le Congrès international des Sciences médicales de Rome de 1893 n'aurait pas lieu, en raison du choléra, est dénué de fondement. Le bureau fait connaître que la réunion se tiendra du 24 au 30 septembre et sera ouverte par le roi d'Italie en personne.

La *Société Odontologique de Florence* a décidé de ne pas prendre part au Congrès de Rome en tant que Société, mais elle laisse toute liberté à ses membres d'y assister.

Cette décision est basée, entre autres motifs, sur ce que la Société Odontologique italienne, en acceptant la condition imposée par la Société médicale, que la section d'odontologie soit représentée uniquement par des médecins, a fait un affront grossier (*sfregio scortese*) à la profession dentaire.

A la suite de l'enquête sur les désordres qui ont eu lieu à l'Ecole dentaire de Pétersbourg et qui ont été occasionnés par le suicide de Mlle Tabério, élève de l'Ecole, les autorités compétentes ont d'abord retiré à M. Vaginsky, fondateur et directeur de l'Ecole, tout droit d'ingérence dans l'administration de l'établissement et dernièrement le Gouvernement a décrété la fermeture de l'Ecole.

L'Ecole dentaire de Pétersbourg a été fondée il y a 11 ans; c'était la première école dentaire de Russie. Les dentistes de Pétersbourg font actuellement des démarches pour obtenir la permission de fonder dans cette ville une Ecole dentaire analogue à celle de Paris et M. Khrontchtoff a obtenu cette autorisation.

En vertu de la circulaire du département de Médecine en date du 15 avril 1893, il a été interdit aux dentistes de Russie de se faire appeler *médecins-dentistes* (Zoubnoi Vralches), vu qu'ils n'ont droit qu'au titre de *dentistes*.

M. A. Claser vient d'être décoré de l'ordre du Lion et du Soleil par le Shah de Perse pour services rendus comme dentiste.

Nos compliments à l'ancien membre du Comité d'organisation de l'Ecole dentaire de Paris.

Nous avons le plaisir d'annoncer que notre confrère, M. E. Sauvez, professeur-suppléant à l'École dentaire de Paris, a soutenu brillamment sa thèse de doctorat, le mercredi 26 juillet, à la Faculté de médecine de Paris.

Nous donnerons dans le prochain numéro un compte rendu de ce travail, tout d'actualité d'ailleurs et qui est intitulé : *Des moyens d'anesthésie à employer en art dentaire.*

Le jury, composé de MM. les professeurs Pinard et Terrier, de MM. Debet et Tuffier, professeurs agrégés, lui a décerné la mention *très satisfait.*

Nous sommes d'autant plus heureux d'annoncer ce résultat que le Dr Sauvez est un des anciens élèves de cette École et le fils d'un dentiste.

Nous lui adressons toutes nos félicitations.

F. T.

COMITÉ DE SOUSCRIPTION POUR LE MONUMENT DU Dr THOMAS

Le Comité s'est réuni le mardi 11 juillet sous la présidence de M. Lecaudey.

Il a décidé d'envoyer aux souscripteurs une photogravure représentant le buste du Dr Thomas, buste en bronze dont il sera fait deux exemplaires, l'un pour l'Ecole, l'autre pour la tombe. Il a décidé également l'érection d'une plaque commémorative dans son pays natal et a approuvé le texte de l'inscription tombale.

Il a décidé enfin que l'inauguration du monument, proposée d'abord pour le 24 juillet, serait reculée en raison de l'absence de Paris, à cette époque, d'un grand nombre de personnalités qui, à tout autre moment, honoreraient la cérémonie de leur présence. Cette inauguration a été fixée au dimanche d'octobre précédant la séance de réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris.

Il en résulte que la souscription ne sera pas close immédiatement, ainsi que cela avait été annoncé précédemment.

Le Comité prie donc les souscripteurs de vouloir bien faire parvenir leur souscription *en un mandat-poste* à M. Viau, trésorier, 47, boulevard Haussmann, Paris.

Le secrétaire du Comité :

FRANCIS-JEAN.

Souscription pour élever un monument sur la tombe du Dr Louis Thomas

5e liste.

MM.		
Anonyme,	Paris	10 fr.
Arnold, D. E. D. P.,	Paris	10
Bergeron-Lemière,	Paris	5
Tusseau, D. E. D. P.,	Paris	20
Alaux,	Toulouse	5
Dr Coudoin,	Paris	10
Barbin,	Paris	10
Un vieux camarade,	Paris	10
A. Walter,	Paris	5
E. Roger, avocat, professeur à l'Ecole,	Paris	20
A. Claser,	Paris	5
Raffaele Papa,	Naples	10
	Total	**120**
	Listes précédentes	**3880**
	Ensemble	**4.000 fr**

Vol. 13. Paris, Août 1893 N° 8

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT DU 4e DEGRÉ COMPLIQUÉ PAR L'ÉLECTROLYSE

Par M. P. Poinsot,

Directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

M. Bourgeois a soutenu devant la Faculté des sciences en 1868, sur l'électrolyse des acides organiques, une remarquable thèse, dont la critique s'établit sur le terrain des formules chimiques.

Cette thèse très savante vit sa vulgarisation retardée par la guerre de 1870 et par la guerre intestine qui suivit.

Par elle nous apprenons qu'un sel ou un acide étant donné, l'action fondamentale que le courant électrolytique exerce sur lui est le même, que l'acide soit minéral ou organique. Elle consiste à séparer le métal (hydrogène ou métal proprement dit) au pôle négatif, tandis que le résidu hologénique de l'acide se rendra au pôle positif.

La chirurgie s'est emparée de ces données et aujourd'hui les applications électrolytiques sont entrées dans le domaine de la pratique journalière.

La chirurgie dentaire a été la dernière à bénéficier des résultats de l'électrolyse ; en effet, bien que depuis de nombreuses années nous ayons personnellement commencé cette étude pour notre spécialité, je n'ai cru devoir m'avancer sur ce terrain qu'avec une très prudente réserve, rendue plus prudente encore par des résultats de savants spécialistes, lesquels avaient remarqué que les tissus électrolysés se modifiaient dans leurs formes anatomiques normales pour avancer vers les modifications pathologiques dont la forme scléreuse était la plus commune.

C'est ce qui explique mon long silence sur un sujet que je considère comme très important et destiné à jouer au grand rôle dans notre thérapeutique spéciale.

Aujourd'hui que nous possédons des appareils transformateurs irréprochables, nous indiquons mathématiquement la force dont nous avons besoin, et il nous est enfin permis d'aborder franchement la question avec les réserves suivantes :

Autant il nous paraît dangereux d'électrolyser les tissus sains, autant il nous paraît fondé de le faire pour des tissus pathologiques ; c'est sur cette donnée que j'ai puisé l'idée des traitements des caries du 4e degré avec ou sans complications, dont voici un exemple, qui

résume à lui seul l'ensemble des faits observés pour plusieurs d'entre lesquels ils offrent du reste le plus d'intérêt.

Mme X... habite la province depuis son mariage avec un médecin, elle possède une très mauvaise dentition, d'autant plus mauvaise qu'elle a reçu dans son enfance des soins dentaires des plus défectueux; maintes dents ont été obturées sur des pulpes cautérisées, sans retrait du cadavre pulpaire ; nous dûmes, à plusieurs reprises, intervenir et parfois donner des soins très prolongés pour amener un *statu quo* satisfaisant.

Il y a cinq mois environ, une de ses mauvaises dents devint douloureuse. Mme X... alla trouver un dentiste de la localité pour remédier à cet état de choses; je dois vous dire que notre confrère de province était des plus distingués, qu'il avait été un de nos meilleurs élèves; il fit donc tout ce qu'il était possible de faire dans la circonstance, mais le mal un instant apaisé ne tarda pas à réapparaître avec une plus grande intensité, c'est ce qui détermina Mme X... à faire le voyage de Paris pour me consulter.

C'était une petite molaire supérieure gauche, affectée d'un très vilain 4e degré de couleur grisâtre, et qui était obturée.

Après avoir désobturé cette dent, nous ne pûmes que constater la perfection des soins qui avaient été donnés ; il ne restait plus de carie, les canaux dentaires étaient secs et antiseptisés, la cause de la douleur était bien extra-dentaire.

C'est alors que j'eus recours à l'électrolyse ; je plaçais sur la partie labiale un tampon d'ouate mouillé et je maintenais en place le pôle négatif tandis que j'introduisais dans le canal dentaire la pointe de platine du pôle positif.

J'établissais ensuite un courant de deux milliampères pendant trois minutes, ensuite j'élevais à 3, puis à 4 et enfin à 5 milliampères ; le total du courant a été de huit minutes.

Le courant a donné de la douleur, puis elle s'est apaisée, pour réapparaître à chaque nouvelle élévation du courant; enfin nous avons assisté à un phénomène intéressant; lorsque nous avons retiré la tige de platine, nous trouvâmes dans la bouche une cuillerée à café de pus bien lié. La douleur disparaît, nous obturons la dent avec de la gutta-percha, puis Mme X... quitte Paris pour retourner dans sa famille.

Plus de trois mois après, je revis Mme X...; elle venait me demander, étant de passage à Paris, si nous ne devions pas remplacer l'obturation provisoire ; elle nous apprit que la dent ne l'avait plus jamais fait souffrir, qu'elle mangeait sans apercevoir de différence avec les dents voisines, qui sont encore insensibles.

En résumé, nous nous trouvions en présence d'une complication de carie du 4e degré, avec un abus de la mâchoire ; le pus formé aurait dû ou se résorber ou bien se faire une issue de son point de collection au dehors, mais nous étions dans un point peu distant du tissu maxillaire et nous pouvions redouter le passage du pus dans cette cavité close et craindre aussi les complications qui pouvaient en résulter.

Sans aucun doute, l'extraction de la dent malade aurait pu diminuer l'épaisseur des tissus à traverser et permettre au pus de s'écouler dans la bouche, mais il fallait pour cela perdre une dent qui rendra de grands services, nous pouvons l'espérer.

Le courant électrolytique a permis le passage du pus situé dans l'épaisseur du maxillaire dans la bouche par les canaux dentaires avec peu de douleur et, par les transformations chimiques de l'électrolyse, modifiant le milieu pathogène, a assuré la guérison rapide et définitive.

LA BORICINE

Par M. Emile Denis,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Dans un des derniers numéros de l'*Odontologie* a paru un article fort intéressant, sur les propriétés antiseptiques du boro-borax. Depuis quelque temps déjà je fais usage d'un produit identique à peu de chose près, la *boricine*. C'est un sel parfaitement défini, résultant de la combinaison à parties égales du borax et de l'acide borique. Ce tétraborate de soude n'est ni caustique, ni toxique, ni irritant, toutes choses qu'on rencontre assez souvent dans les antiseptiques. De plus, il a l'avantage d'être inodore et insipide et de se dissoudre à raison de 16 0/0. J'ai voulu me rendre compte par moi-même de la valeur de ce produit et voici les observations que j'ai recueillies.

D'abord je l'ai employé à la désinfection des canaux dentaires et je dois dire que les résultats assez satisfaisants cependant que j'ai obtenus ne m'ont pas permis de le substituer aux divers antiseptiques connus. Je l'ai appliqué alors au traitement des muqueuses et le résultat en a été surprenant. Au nombre des cas qu'il serait trop long de passer en revue, attendu que ces quelques lignes n'ont d'autre prétention que de prendre date pour des communications ultérieures, il en est deux particulièrement intéressants.

Le premier, sur un sujet rhumatisant, est le traitement d'un abcès du sinus survenu par suite de la présence trop prolongée d'une première grosse molaire droite infectée, ayant occasionné des accidents nombreux consécutifs à la carie du 4e degré. J'enlevai cette dent et, sans rentrer dans le détail connu par tous du traitement ordinaire de cette affection, je soignai l'abcès en excluant tous les autres antiseptiques et en me servant uniquement de boricine. Le deuxième jour la suppuration se ralentissait déjà pour s'arrêter tout à fait le cinquième. Il y a 3 mois de cela, mon client n'a pas souffert et sa gencive, sans être complètement refermée, a repris depuis longtemps sa couleur normale. Ce résultat rapide a été obtenu en mettant la valeur d'une cuillère à café de boricine en poudre dans la plaie du sinus, que j'avais soin d'irriguer avant cette opération avec de l'eau

boricinée à 16 0/0. L'adjonction de la poudre a pour but de faciliter l'absorption du médicament par les muqueuses d'une manière plus intime et par conséquent plus efficace. Le 1[er] jour, je fis 3 pansements, le 2[me], le 3[me] et le 4[me] jour 2, le 5[me] un seul ; toute trace d'infection a disparu, depuis ce temps j'ai revu souvent mon malade et rien n'est venu modifier ma certitude de l'avoir guéri.

Le second cas est celui d'une personne ayant eu, à la suite d'une extraction malheureuse de la canine gauche et des incisives supérieures, la partie antérieure du maxillaire brisée en plusieurs endroits. Ces différentes dents étaient affectées de caries du 4[me] degré ayant occasionné plusieurs abcès alvéolaires et une fistule gingivale. Un mois après l'extraction de ces dents, la malade accusait des douleurs sourdes et continues; l'abcès, loin de diminuer, grossissait chaque jour. C'est dans cet état qu'elle vint me demander mes soins. Ayant remarqué la présence de séquestres, je pratiquai avec le cautère un orifice large d'un centimètre environ à la place qu'occupaient dans l'arcade les incisives droites. Au milieu d'un amas de pus considérable, je fus assez heureux pour enlever plusieurs séquestres de quelques millimètres et un exactement d'un centimètre et demi sur un centimètre. Aussitôt cette opération terminée, je fis un certain nombre de lavages à l'eau boricinée à 16 0/0, puis je saturai pour ainsi dire la plaie avec de la boricine en poudre et je mis une mèche de gaze salolée à l'orifice afin d'empêcher que le trou ne se refermât trop vite, conséquence qui n'aurait pas permis l'évacuation ultérieure du pus et qui m'aurait empêché de voir si quelque chose avait échappé à mon investigation. Le lendemain, je constatai que l'abcès avait disparu et qu'il n'y avait presque plus de trace de suppuration. Je fis le même pansement que la veille sans laisser cette fois de mèche salolée ; le surlendemain tout était terminé. Huit jours après, la gencive avait repris sinon sa forme, du moins sa coloration normale et aucune complication n'est survenue depuis.

On pourrait objecter avec quelque raison que la thérapeutique a surtout consisté dans l'action du thermo-cautère, dans l'extraction de tissus osseux nécrosés, dans l'emploi de la gaze salolée, mais il n'en est pas moins vrai que l'antisepsie post-opératoire à la boricine a activé et accéléré la désinfection; car il est arrivé à tous, même après les soins les plus habiles et les plus minutieux, de trouver encore trace de suppuration après plusieurs jours de traitement. Ainsi, dans le premier cas, collection purulente considérable arrêtée vers le 5[me] jour, dans l'autre le surlendemain.

Je pense donc qu'il serait bon d'en généraliser l'emploi, particulièrement pour la muqueuse buccale qui nous intéresse surtout. A l'appui de ces faits je ne pourrai mieux faire que de citer les docteurs Galézowski, Hubert, Lagrange, Landolt, etc., qui emploient maintenant la boricine dans leurs cliniques à leur grande satisfaction. Comme antiseptique quotidien, son usage est nettement indiqué pour s'opposer aux fermentations des parcelles alimentaires retenues dans les interstices des dents et créer un milieu défavorable à la multiplication et à la station des microbes variés qui pullulent dans la carie

buccale, attendant une circonstance favorable pour envahir divers organes et y produire des lésions.

En résumé, j'ai voulu attirer l'attention sur l'emploi et les vertus de ce nouvel antiseptique que nous saluons à son entrée dans le domaine médical, comptant sur les ressources qu'il est sans aucun doute appelé à rendre à notre art par ses qualités qui s'imposent. Il reste encore à parler de l'action de ce sel double sur l'émail des dents ; ce sera le sujet d'une nouvelle étude.

ETUDE DES DIFFÉRENTES SUBSTANCES QUI ONT ÉTÉ OU QUI SONT EMPLOYÉES EN PROTHÈSE DENTAIRE.

Par M. Ch. Jeay.

(*Dissertation de concours.*)

Pour faire une étude comparée des différentes substances employées en prothèse dentaire, nous prendrons successivement les matières d'origine animale, minérale et végétale. Nous examinerons chacune d'elles au point de vue de leur composition, de leurs propriétés, de leur fabrication comme bases d'appareils prothétiques et de la façon dont elles se comportent dans le milieu buccal, ce qui sera pour ainsi dire la donnée sur laquelle reposera notre étude. Nous établirons enfin collectivement leur valeur comparative à tous ces points de vue, en indiquant leurs avantages et leurs désavantages pour chacune d'elles, leurs indications et leurs contre-indications.

D'après le plan adopté, l'ivoire est le premier sujet de notre étude.

L'*ivoire* est une des premières substances employées en prothèse dentaire.

Son achat demande beaucoup de précautions : il ne faut jamais prendre de morceaux présentant la moindre félure, mais bien ceux régulièrement veinés d'une substance blanche, compacte et à grain très fin, et les beaux blocs sont assez rares. Avant de l'employer on est obligé de détruire la couche d'émail soit au chalumeau, soit en le laissant plongé dans une solution d'acide chlorhydrique ; il est vrai qu'aujourd'hui on le trouve tout préparé chez les fournisseurs, ce qui est un contre-temps en moins. Son travail est long et difficile : il faut deux modèles, l'un en plâtre très dur pour débiter le bloc, l'autre pour l'ajuster finement ; après l'articulation, le sculptage des dents exige, au point de vue de l'esthétique, beaucoup de goût et d'adresse de la part du mécanicien.

Deux sortes d'ivoires ont été employées, l'ivoire de l'éléphant, celui de l'hippopotame.

L'ivoire de l'éléphant est très perméable, il absorbe si rapidement les liquides buccaux qu'au bout de quelques heures il en est complètement saturé ; de nos jours il est complètement abandonné.

Celui de l'hippopotame est un peu plus dense ; malgré cela, cependant, en sa qualité de produit animal, il est sujet aux altérations chimiques, il se décalcifie sous l'action des acides, devient poreux dans la bouche et s'infiltre presque autant que le précédent des sécrétions buccales, au point même que ces sécrétions emmagasinées se décomposent, infectent la bouche, donnent à l'haleine une odeur fétide, que les lavages et les soins de propreté les plus minutieux ne peuvent corriger ou prévenir complètement.

Si le peu de dureté de son tissu permet de sculpter assez facilement des dents, en revanche sa perméabilité le fait devenir bientôt jaune, puis grisâtre, et donne à la bouche un aspect désagréable.

Enfin le travail de l'hippopotame est généralement de peu de précision ; la cuvette est souvent trop large, bien qu'on ait proposé de descendre les blocs sur un modèle en zinc, métal ayant la propriété de se rétrécir; presque toujours il y a des retouches à faire au moment de poser la pièce dans la bouche, car en descendant le bloc on a légèrement usé les faces contiguës des dents du modèle, et les trous réservés au passage des dents restantes se trouvent trop étroits.

Voici ses désavantages, voyons maintenant ses avantages.

Les pièces en hippopotame, justement à cause de son peu de densité, blessent moins les gencives, rendent la mastication plus facile, et évitent ce cliquetis désagréable des dents minérales, connu sous le nom de bruit de vaisselle : c'est ce qui explique le succès des moignons en hippopotame. De plus, dans certains cas d'articulations très basses, où les dents antagonistes viennent toucher la gencive, le dentiste est très heureux de trouver cette substance qui lui permet de faire une assez bonne pièce, alors qu'aucune dent artificielle d'un autre système ne pourrait être insérée proprement ni solidement.

Enfin, un procédé de Delabarre, consistant, après avoir fait bouillir la cuvette dans une lessive de soude avec quelques gouttes d'huile et l'avoir décapée dans une dissolution d'étain et d'acide muriatique, consistant, dis-je, à la teinter au moyen d'une solution à base de cochenille dans laquelle on la laisse bouillir pendant une demi-heure, semble donner à ces cuvettes plus de durée, ce colorant empêchant probablement l'hippopotame d'être corrodé aussi promptement par la salive.

Pour étudier les métaux, nous les examinerons suivant qu'ils sont employés par estampage ou par coulage.

Le *platine* qui est un métal blanc grisâtre, tirant sur le gris d'acier, est tres mou, très ductile, très malléable, plus malléable même que l'or et l'argent, susceptible d'un moins beau poli que l'or. Bien moins dilatable que ce dernier, c'est ce qui détermine son emploi général pour les dentiers à gencives continues ; ne se dilatant pour ainsi dire pas, il ne peut, en effet, faire craqueler les gencives en continuous gum et tout le monde sait qu'il résiste jusqu'à 1000 degrés de chaleur. Etant plus malléable que l'or, il suit les sinuosités, par suite son estampage est plus facile, plus exact que celui de l'or, et donne

à ce point de vue de biens meilleurs résultats. Malheureusement il est plus lourd, et comme il est plus mou, on est obligé de doubler les plaques d'épaisseur, ce qui augmente encore leur poids. S'il est, comme l'or, inattaquable aux réactifs buccaux, puisqu'ils ne se laissent attaquer que par le chlore et l'oxyde de carbone, on le lui préfère pourtant car les pièces en sont de moins joli aspect et on ne l'emploie guère que pour les pièces à gencives continues.

L'*or* est le métal employé depuis le plus longtemps et le plus estimé encore de nos jours. Il est ductile, très malléable, facile à allier à d'autres métaux. Susceptible d'un beau poli, joli d'aspect, il résiste admirablement aux acides et ne se laisse dissoudre que par l'eau régale. — Malheureusement, à l'état pur, c'est-à-dire au point où il résisterait le mieux à tous les agents chimiques de la bouche, il est trop mou, trop flexible pour fournir un support convenable aux dents artificielles ; il est nécessaire de l'allier à d'autres métaux lui donnant cette résistance cherchée, et, d'un autre côté, s'il contient trop d'alliage ou si cet alliage est mauvais, il est bientôt terni par les sécrétions buccales et devient trop cassant. Sa préparation sera donc la phase la plus importante, et c'est du choix des métaux à lui allier que dépendra réellement sa valeur.

Le plomb, l'antimoine, l'étain et le bismuth sont les métaux les plus nuisibles à l'or ; la moindre quantité suffit pour le rendre dur et fragile. — Le platine est celui qui, de prime abord, semblerait lui donner toutes les qualités requises, mais il n'en est rien ; le platine a bien pour effet de le durcir, de le rendre plus élastique sans affecter sa ductibilité, malheureusement, et chose bien singulière, puisque séparés ces deux métaux sont ceux qui résistent le mieux, une fois combinés ils s'altèrent rapidement et ne donnent pas de plaques suffisamment résistantes.

Quel sera donc le métal qui donnera à l'or les qualités désirables ? Alors que le platine le plus pur lui est nuisible, ce sera un métal s'oxydant très facilement, ne pouvant être employé isolément, le cuivre. Ainsi allié dans les proportions de 4 carats contre 20 d'or pur, c'est-à-dire au titre $\frac{835}{1000}$ environ, il donne à la plaque de l'élasticité, de la dureté, ainsi qu'une nuance plus rouge et la rend susceptible d'un plus beau poli, tout en résistant admirablement aux sécrétions buccales.

Au-dessous de ce titre, il change au contraire de couleur sous l'influence de ces sécrétions, communique à la bouche un goût désagréable et devient fragile après quelques années d'usage.

On a également allié l'or à l'argent. Ce métal, au contraire du précédent, lui conserve sa mollesse et lui donne une nuance d'un blanc verdâtre qui lui a valu le nom d'or vert. On croyait qu'il n'augmenterait pas autant que le cuivre sa disposition à se ternir, mais l'expérience a démontré le contraire et aujourd'hui on l'a presque complètement délaissé pour lui allier le cuivre, car il a bien moins de résistance et se déforme beaucoup plus facilement. Si la plaque, comme pour les dentiers de la mâchoire inférieure, doit être plus épaisse, moins rigide, on pourra pourtant employer cet alliage et attendre de bons résultats.

Quant à sa fabrication comme cuvette, elle est assez simple. Par l'estampage on obtient des plaques très exactes, surtout à la presse hydraulique ; la confection d'une pièce montée sur or n'est pas sensiblement plus longue que celle montée sur caoutchouc pour un bon mécanicien, bien au courant de l'atelier. Les cuvettes en or nous permettent de faire des articulations plus basses qu'avec le caoutchouc.

Au point de vue de l'esthétique, elles sont plus agréables, d'un plus joli coup d'œil, ressemblant beaucoup à de la bijouterie. — Elles n'ont pas pour le malade l'inconvénient du caoutchouc lorsqu'il s'habitue à une pièce : la plaque, plus mince, gêne moins, ne donne pas cette sensation désagréable au palais et altère moins le goût, tout en adhérant beaucoup mieux. Enfin, au point de vue de l'hygiène, elles sont parfaites et leur durée est très supérieure à celles en vulcanite, plus cassantes, plus fragiles.

Comme plus l'or est pur, mieux il résiste aux agents chimiques du milieu buccal, on peut baser son titre sur son emploi. Ainsi, pour une pièce épaisse on pourra employer de l'or à 22 carats et pour celles minces, comme pour les plaques de la voûte palatine, à 20 carats seulement.

L'*argent*, d'une belle couleur blanche, est susceptible d'un magnifique poli et offre le plus d'éclat. Il est presque aussi malléable et aussi ductile que l'or, plus tenace, plus résistant; il a donc au point de vue mécanique autant de qualités que ce dernier et on pourrait facilement en faire des bases, s'il se comportait dans la bouche aussi bien que lui. En effet, il se laisse attaquer par les acides azotique et sulfurique et a une telle affinité pour le chlore et le soufre qu'il noircit, s'altère en présence des corps contenant la moindre trace de ces agents chimiques, comme l'hydrogène sulfuré contenu dans les choux et les œufs ; le sel de cuisine l'attaque également et son usage comme base de dentiers est aujourd'hui complètement délaissé. On ne s'en sert plus que pour des appareils de peu de durée, tels que les plans inclinés, les fils de ligature, les ressorts, et encore faut-il les dorer.

L'*aluminium* pur est connu depuis peu, il ressemble à l'argent par sa blancheur et son éclat ; poli, il devient plus bleuâtre. Aussi ductile et malléable que ce métal, il est plus tenace ; fondu, il a la même dureté; écroui, il a celle du fer. L'aluminium est insipide, inodore; c'est un des métaux les plus légers qu'on connaisse. Sa densité est presque infime, 2,56, fort peu supérieure à celle du verre ; il fond à 520° c., c'est-à-dire entre le zinc et l'argent. Il résiste à presque tous les acides attaquant les métaux usuels ; seul l'acide chlorhydrique le dissout ; la potasse et la soude l'attaquent quand elles sont dissoutes dans l'eau. Le mélange de sel et de vinaigre l'attaque faiblement mais inévitablement.

En prothèse dentaire, on s'en sert pour faire des plaques estampées et le plus souvent des plaques coulées.

Son estampage est aussi facile que celui de l'or ; pourtant, en recuisant la plaque, on doit prendre de grandes précautions, car elle peut fondre ou se boursoufler à une température un peu au-dessus

de celle du rouge. Malheureusement, si son estampage ne présente guère d'autres difficultés, sa soudure aux dents artificielles n'a pas encore donné de bien bons résultats, même celle réputée la meilleure (aluminium 7 parties, étain 1 partie), et les praticiens préfèrent généralement souder leurs dents avec du caoutchouc vulcanisé, celui-ci ayant la propriété de lui adhérer très intimement s'il est bien pur.

Généralement on l'emploie fondu, mais pour parvenir à ce mode d'emploi on eut à lutter contre de grandes difficultés. Ainsi, lorsqu'on versait l'aluminium fondu sur les dents, celles-ci se fendaient inévitablement; de plus, l'aluminium étant très léger et se rétractant considérablement, cette légèreté même rendait difficile et lente sa coulée dans la matrice et ce n'est que lorsque le docteur Beau parvint à y remédier que son emploi devint pratique. Ce docteur modifia le mode d'union des dents à la cuvette, c'est-à-dire interposa entre les dents et la cuvette une couche d'alliage de Wood ; il fit à l'aide du modèle original un deuxième modèle en plâtre, puis un 3e à l'aide de ce dernier, de manière à obtenir 3 degrés d'extension du plâtre, capables de compenser la rétraction du métal ; puis il éleva le conduit par lequel on verse le métal en fusion dans la matrice préalablement parcourue par un courant de gaz destiné à absorber l'oxygène de l'air. Enfin, son point de fusion est encore actuellement une des difficultés de son emploi. S'il est coulé trop chaud, le métal devient rugueux et poreux ; s'il est coulé trop froid, les parties délicates de la plaque et les plaques minces viennent mal ; ce n'est pourtant qu'une question d'habitude dont il ne faut pas s'effrayer et un mécanicien habile doit s'y faire rapidement. De plus, ces dernières années, M. Pillette a encore simplifié les procédés du docteur Beau en substituant un surmoulage à la gélatine aux deux surmoulages au plâtre (surmoulage très suffisant), et en faisant la coulée du métal dans une matrice à cire perdue au lieu de la coulée dans une matrice à parties séparées.

Ainsi donc, avec ces derniers perfectionnements, au point de vue du travail du laboratoire, son emploi est assez pratique ; il est certainement plus long (surmoulages, confection de matrice, etc.,) et nécessite un four et des moufles spéciaux; sa soudure avec l'alliage de Wood laisse à désirer (la cuvette étant électro-négative et l'alliage électro-positif, il se fait des échanges galvaniques amenant l'oxydation de l'alliage et par suite le déplacement des dents artificielles en outre d'un goût désagréable), mais si l'on est bien entraîné à son usage et si l'on soude les dents avec du caoutchouc vulcanisé, tous ces inconvénients disparaissent et le résulat final vaut certainement la peine en plus. En effet, ce métal est bien moins coûteux que l'or, beaucoup plus léger et plus tenace, tout en donnant de très bons résultats dans la bouche.

Fletcher s'étonne qu'on ait pu trouver dans l'aluminium une substance précieuse pour la confection des dentiers, car il se dissout volontiers dans l'ammoniaque et l'acide chlorhydrique; pourtant M. Pillette en obtient depuis plusieurs années d'assez bons résultats et nous nous permettrons de penser avec Austen que, si les plaques

s'attaquent, c'est tout simplement dû à ce que le métal contient des impuretés : elles se tachent en effet très irrégulièrement, par endroits seulement, et non sous forme de changement général de coloration. Ce n'est donc qu'un sujet de fabrication ; or, de nos jours, on isole parfaitement l'aluminium du sodium qui l'accompagnait fatalement et nous sommes à même de l'employer très pur.

L'*étain* est un métal blanc ressemblant à l'argent par sa couleur et son éclat, mais il se ternit à l'air par suite d'une oxydation superficielle. Il a peu de ténacité, est mou et n'est nullement élastique ; son point de fusion est relativement faible, 228° c. Pur, il a donné des résultats fort convenables. Il est plus résistant aux sécrétions buccales que l'argent et peut-être même que l'aluminium. Pourtant il a si peu de rigidité que, même pour les pièces d'une certaine épaisseur, il se fausse facilement. Aussi ses alliages avec certains métaux ont-ils été préférés par beaucoup de praticiens.

Allié à l'argent, au cuivre, à l'antimoine, au zinc, au plomb, au bismuth, au cadmium, il est plus rigide ; mais le cuivre et le plomb le rendent impropre à la confection des pièces buccales ; l'antimoine, le zinc et le bismuth le rendent cassant, l'argent et le cadmium durcissent sans lui donner ce dernier inconvénient. On ne doit l'allier ni au cuivre, ni au plomb, mais bien à un peu de cadmium qui le durcit sans le rendre cassant et sans lui communiquer comme les premiers la faculté de s'altérer au contact des liquides buccaux. Enfin, sa fabrication avec les derniers perfectionnements apportés par le Dr Herbst est très pratique, beaucoup plus rapide même que celle de la vulcanite, surtout pour les pièces partielles, et puisqu'il se comporte bien dans la bouche une fois judicieusement allié au cadmium, il peut parfaitement faire une excellente base pour des pièces temporaires, mises, par exemple, en attendant la cicatrisation complète des gencives et la résorption des alvéoles ; en outre, son prix est infime et, employé dans ce dernier cas, le client et le praticien peuvent y trouver de grands avantages, l'un comme économie d'argent, l'autre comme économie de temps. Avant l'emploi de la vulcanite, les alliages de Wood et de Weston (alliages de cadmium et d'étain) eurent de grands succès, mais ils furent abandonnés pour l'étain, dont les mérites sont supérieurs à tous les métaux servant à la confection des pièces plastiques ; malgré tout, je le répète, depuis les travaux de Herbst, l'alliage d'étain est si facile et si rapide d'emploi qu'il peut rendre de grands services dans les cas cités plus haut et, entre autres, quand le laps de temps pour bien fabriquer l'appareil est trop restreint pour se servir d'une autre substance.

A côté de l'étain et de ses alliages, nous pouvons placer le métal chéoplastique du Dr Blandy. Ce métal est un alliage d'argent et de bismuth avec des traces d'antimoine. Dans la bouche, il ne donne aucun goût ; il se ternit bien un peu après quelques semaines de séjour, mais cette surface oxydée semble protéger le reste contre toute action des liquides buccaux, et il suffit de le plonger dans une solution concentrée de potasse caustique pendant quelques minutes pour le remettre à vif. Son poli dure moins que celui de l'or, mais c'est un

métal assez dur pour résister aux nettoyages journaliers et à la mastication. De plus, sa réparation est facile. En somme, il est d'un bon usage, et ce n'est que l'apparition du caoutchouc vulcanisé qui l'a fait tomber dans l'oubli.

La *porcelaine* dont on fait les pièces dentaires est formée des composés les plus purs de la silice, de l'alumine et de la potasse, cette dernière sous forme de feldspath et de kaolin. L'or et le platine à l'état métallique, et les oxydes d'or, de titane, de cobalt, de manganèse et d'urane servent à la teinter. La porcelaine a la propriété de résister admirablement à toutes les solutions acides faibles; elle peut être facilement émaillée, ce qui est encore pour elle une excellente couche isolante, lui donnant un aspect lisse et poli du plus brillant aspect. Le kaolin, mélange le plus pur de silice et de silicate d'alumine, est poreux et se rétracte beaucoup, mais le silex diminue son retrait, le spath lui donne la fusibilité et tous deux diminuent son degré d'absorption. Pourtant, malgré les combinaisons de ces différentes substances qui se compensent les unes les autres, la porcelaine présente un très grand défaut au point de vue de la fabrication des bases : son rétrécissement considérable à la cuisson. On essaye bien de le combattre en séparant le modèle par un trait de scie sur la ligne médiane, puis par deux traits de chaque côté et enfin encore deux autres, perpendiculaires aux deux premiers, après quoi on remplit de plâtre les intervalles, ce qui, fait avec soin, donne un agrandissement de 1/5 suffisamment exact, en employant du silicate de magnésium et de chaux et de la porcelaine grossièrement broyée. Mais tous ces efforts tentés pour corriger cette rétraction, ne font que l'affaiblir, encore que cette correction faite par agrandissement du modèle soit ennuyeuse et incertaine, ainsi d'ailleurs que celle faite à la roue de corindon.

Du temps des pièces en hippopotame ces inconvénients pouvaient passer, celles-ci n'ajustant guère mieux ; mais, comparée aux autres bases, l'inexactitude de son ajustement est trop manifeste : certaines bouches la tolèrent, il est vrai, mais d'autres ne peuvent s'y habituer, de même que certaines bouches s'habituent aussi à des dentiers indubitablement mal faits et d'autres point.

En outre, leur confection est tellement délicate qu'il faudrait toujours s'exercer dans l'art de la céramique pour conserver l'habileté essentielle, ce qui est difficile à un dentiste actuel, car cette confection étant en même temps très longue, tous les clients ne peuvent avoir la patience d'attendre et le dentiste la faculté de ne faire que des pièces de ce genre.

Enfin, seule ou associée avec d'autres substances, la porcelaine ne peut donner que des plaques fragiles si elles sont minces; l'effort de la mastication suffit quelquefois à les briser ; si pour lui donner de la solidité, on augmente les éléments réfractaires, on augmente en même temps la rétraction. Elles nécessitent donc une grande épaisseur, par suite elles sont encombrantes et plus lourdes que les autres bases. Leur ajustement sur les gencives est peu régulier malgré tous les procédés tendant à combattre la rétraction. Les difficultés

sont grandes, on le voit, et par suite peu de dentistes peuvent y avoir recours avec succès.

Disons pourtant qu'elles sont d'une propreté remarquable et que, dans les mains d'un ouvrier habile, elles atteignent une beauté véritablement artistique.

Parmi les substances d'origine végétale, nous avons à étudier la coralite, la vulcanite et la celluloïde.

Tout le monde sait que, mélangées au soufre en proportions convenables, certaines gommes ou résines ont la propriété de durcir sous l'action d'une forte chaleur humide. Or, c'est à cette propriété que la coralite et la vulcanite ont dû tous leurs succès. Inaltérables aux sécrétions buccales, suffisamment rigides tout en étant élastiques, les plaques de ces différentes substances sont encore les plus employées en prothèse dentaire.

La *coralite* ou *gutta sulfurée* est, comme son nom l'indique, une combinaison de gutta-percha et de soufre. En combinant la moitié de son poids de soufre et en mélangeant le résultat ainsi obtenu à la moitié de son poids de vermillon, on formait une substance durcissant dans les mêmes conditions que la vulcanite. Elle semblait même devenir la rivale de celle-ci ; malheureusement, une des propriétés de la gutta simple l'a suivie dans cette combinaison : la tendance à devenir fragile. Aussi, ne s'est-on pas longtemps servi de la coralite et son nom est-il aujourd'hui presque tombé dans l'oubli.

La *vulcanite* est une combinaison de caoutchouc et de soufre. Bien vulcanisée, les sécrétions buccales ne peuvent s'y infiltrer, ni l'altérer; elle a une solidité considérable; elle est plus légère et a une plus grande élasticité que l'or, le platine et l'étain.

Sa fabrication est très simple, et de nos jours le moindre mécanicien en connaît toutes les manœuvres.

Sa résistance dépend surtout de sa composition. Ainsi son meilleur colorant est le vermillon qui lui donne une couleur plus acceptable que celle du caoutchouc seul, sans presque l'affaiblir, tandis que toutes les autres substances incorporées dans le but de lui donner le joli aspect des gencives continues ont seulement pour effet d'altérer sa solidité : on devra toujours, par conséquent, préférer le caoutchouc ne contenant que ce colorant. D'après les expériences de Wildmann, le caoutchouc donnant la meilleure base est celui combiné dans les proportions de deux parties contre une de soufre ; pour faire du caoutchouc blanc et rose on devra ajouter aux caoutchoucs rouge et brun 20 à 75 0/0 d'oxyde blanc de zinc ou d'argile blanche, et pour le caoutchouc noir 2 à 4 parties d'ivoire noir pour 6 parties de sulfure brun.

De l'avis de beaucoup de praticiens, le caoutchouc de couleur brune est préférable à tout autre : il est plus léger, plus solide, et s'il est délaissé par certains à cause de sa couleur peu en harmonie avec l'esthétique, nous nous permettrons de dire que ce n'est pas un motif suffisant pour faire le sacrifice de telles qualités. L'aluminium et l'or n'ont pas non plus une couleur plus agréable à ce point de vue ; l'hippopotame se ternit bientôt et le caoutchouc rouge se noircit

très rapidement dans la bouche des fumeurs : pourquoi alors se retrancher derrière cet argument peu valable pour condamner son usage ? Quant aux caoutchoucs roses et blancs, on a vu que plus la couleur naturelle du caoutchouc est altérée, moins il est bon comme base ; on devra donc ne les employer que pour les fausses gencives et les talons, car ils seraient trop fragiles, alors qu'ils sont très résistants aux frottements.

Composée avec ces matières et dans les proportions sus-citées, nous aurons une substance absolument inoffensive à la santé. Pour qu'elle soit malsaine, il faudrait qu'elle contînt, en effet, des impuretés de sulfure, d'arsenic ou de plomb, ou bien du mercure en liberté. Or, dans aucune de ces substances, même dans le vermillon, on ne trouve de plomb ou d'arsenic et, s'il s'en trouvait, ils ne pourraient nuire, étant isolés par une couche insoluble de caoutchouc, puisque celui-ci est imperméable aux fluides de la bouche et qu'aucune partie de ces poisons ne peut être dissoute ni introduite dans l'estomac. Si donc, il s'exerce une action délétère, cette action doit provenir de particules aussi petites que possible enlevées à la face linguale de la pièce, près des dents, là où viennent frapper les croûtes de pain et autres parties dures des aliments. Les caoutchoucs gris, rose et blanc contiennent une si grande quantité de matières étrangères qu'ils s'érodent rapidement ; mais, lorsqu'il s'agit de caoutchouc rouge, il ne pénètre dans l'estomac que des quantités infiniment petites de vulcanite, dont un tiers est du vermillon inerte, contenant peut-être 3 0/0 d'arsenic ; et encore cette dernière substance est-elle recouverte d'une couche de caoutchouc qui, comme cela vient d'être dit, est insoluble dans l'eau, l'alcool, les alcalis ou les acides faibles. Cette trace si minime d'arsenic, même si elle était dépourvue de son enveloppe de caoutchouc, n'aurait qu'une action purement homéopathique et par conséquent nullement vénéneuse. Il en sera de même, pour le plomb. Quant au mercure, les recherches du professeur Johnston, à l'aide du microscope, et du professeur Mayer, à l'aide de l'analyse chimique, n'ont pu en découvrir la moindre trace. On peut donc affirmer que les bases en caoutchouc n'ont absolument rien de nuisible à l'économie.

Les avantages de la vulcanite sont donc : l'*exactitude*, à cause de ses propriétés plastiques, sa *couleur* se rapprochant très suffisamment de celle des gencives, son *innocuité* au point de vue de la santé, sa *légèreté* supérieure à celle des métaux, son *peu d'action galvanique* et *son peu d'action mécanique* sur les dents restantes avec lesquelles elles sont en contact, son *élasticité*, enfin, qui permet de former des anneaux et des plaques flexibles, conditions fort utiles, pour le maintien des pièces.

Pourtant, ces bases sont plus difficiles à nettoyer que celles en métal, si bien que les détritus séjournent contre les dents et les altèrent. En outre, si elles sont regardées comme inaltérables, elles ont quand même une sensation de chaleur à la muqueuse fort pénible. Elles ont un aspect spongieux, ne se produisant pas avec les montures métalliques ; si elles sont plus légères qu'elles, elles sont

plus dures ; étant plus cassantes, on les fait plus épaisses, elles gênent donc davantage la langue et nuisent à la prononciation. Au bout de quelques années, elles perdent leur solidité primitive et deviennent fragiles, surtout à la suite de plusieurs réparations, c'est-à-dire de plusieurs cuissons. Enfin, comme elles se laissent difficilement imprégner par la salive, qui ne les mouille pas immédiatement, leur adhérence à la muqueuse est par suite tardive à se faire, une couche de mucus devant s'y déposer. Chaque fois qu'on a nettoyé sa pièce, enlevé le mucus, ce que l'hygiène nécessite, il faut de grands efforts de succion pour provoquer l'adhérence qui ne devient de nouveau parfaite que lorsque la pièce est redevenue sale, série de détails fort ennuyeux pour le patient et que n'occasionne jamais les pièces métalliques.

Néanmoins, comme ces pièces s'altèrent peu dans la salive, comme leur couleur est assez bonne, qu'on peut en rendre les bords aussi épais que possible sans augmenter leur poids et qu'on peut remédier à l'adaptation difficile à la muqueuse par une petite plaque en métal, on peut très bien les employer pour les pièces complètes. Leur fabrication est très simple, très rapide, plus facile que celle de toute autre pièce ; les mécaniciens les moins adroits peuvent en tirer parti ; voilà surtout les causes de son crédit et de son usage presque abusif.

La *celluloïde* est aujourd'hui employée par des praticiens dans nombre de cas où l'on employait le caoutchouc. Composée de cellulose et de camphre, elle est dure, incassable à la température ordinaire ; elle devient malléable vers 75 et 80° centigrades. Elle est susceptible d'un beau poli et se travaille aisément ; on lui donne facilement l'aspect des gencives et on la trouve chez tous les fournisseurs en plaques d'épaisseurs, de couleurs et de formes appropriées sous le nom de bases celluloïdes. Elle est insoluble dans l'alcool et l'éther, un peu dans le chloroforme et c'est de cette solution dont on se sert pour la réparation des pièces faites de cette substance. Malheureusement, malgré tous les perfectionnements apportés à sa composition et à sa confection, elle a encore de tels inconvénients qu'on oublie facilement ses trois seules propriétés au point de vue prothétique, c'est-à-dire sa légèreté, son joli aspect et son emploi facile, pour ne plus voir que ses défauts. Si, en effet, elle est plus légère que la vulcanite, si elle a presque la couleur et la transparence des gencives, son goût de camphre dans la bouche est très désagréable ; elle s'altère rapidement dans les bouches contenant des racines et mêmes dans celles qui n'en contiennent pas ; il faut lui donner, pour l'empêcher de se déformer sous l'influence de la chaleur buccale et des efforts de la mastication, une épaisseur faisant oublier par sa gêne toute sa légèreté et les dents n'y sont jamais implantées solidement.

Pour combattre sa déformation, on a bien eu l'idée de lui adjoindre des cloisons métalliques, mais elle devient alors trop lourde pour ne pas lui préférer la vulcanite, qui est loin d'avoir tous ses inconvénients.

A moins d'une pièce présentant de grandes pertes osseuses, on devra donc préférer toute autre substance puisqu'elle n'a plus à nos yeux que le mérite de la beauté et de la légèreté. Rappelons encore à ce propos que si l'aluminium est d'une confection plus longue, son indication serait ici absolue, vu sa grande légèreté et sa supériorité incontestable sur la celluloïde comme résistance et inaltérabilité.

Voilà donc maintenant notre étude de toutes les substances employées en prothèse achevée. Nous avons examiné leur fabrication, les conditions dans lesquelles cette fabrication doit être faite pour donner les meilleurs résultats et quels sont ces résultats; il ne reste plus qu'à les comparer entre elles, au point de vue de leur fabrication pratique, de leur manière de se comporter dans la bouche en tant qu'accoutumance de la part du malade, de leur inaltérabilité et de leur durée, enfin au point de vue de l'hygiène et de l'asthétique.

Pour la *fabrication*, l'hippopotame est trop long, il exige énormément de goût et d'adresse de la part du mécanicien, et aujourd'hui les mécaniciens sachant le bien travailler sont de plus en plus rares.

Le platine n'offre pas plus de difficultés que le travail de l'or; loin de là, étant plus malléable, il s'estampe mieux et avec lui on façonne mieux les gencives nécessaires pour soutenir le continuous gum : pour les gencives continues, lui seul peut donc donner de bons résultats. L'or est le métal par excellence pour les plaques estampées. Employé dans les conditions que nous avons indiquées, c'est-à-dire à 20 carats, sa malléabilité est très suffisante ainsi que son élasticité. Il devra surtout être employé pour les dentiers du haut où les plaques, à cause de leur peu d'épaisseur, ont besoin de plus de rigidité. Pour le bas on peut employer l'or vert ou rouge et le caoutchouc. Il permet de monter des dentiers à articulation basse. Sa fabrication ne tolère pas la médiocrité, mais un bon mécanicien doit s'en tirer parfaitement.

L'aluminium, avec le surmoulage en gélatine et la soudure des dents avec du caoutchouc vulcanisé, ne présente pas de plus grandes difficultés.

L'étain allié au cadmium donne la plus rapide et la plus simple et la moins chère des bases de confection.

La porcelaine nécessite un trop grand entraînement de la part du mécanicien ; c'est un art spécial, c'est de la céramique, sa fabrication est trop longue et les résultats trop peu certains.

La coralite et la vulcanite sont les deux substances présentant après l'étain le plus d'avantages. Elles sont les plus maniables, se prêtent à tous les cas, leur grande élasticité est souvent d'un grand secours.

La celluloïde, malgré tous les perfectionnements, est encore compliquée et sa confection est imparfaite puisque les dents n'y sont pas solidement implantées.

Comme maintien dans la bouche, l'hippopotame permet aux gen-

cives molles de s'habituer assez rapidement à une pièce, de ne pas trop les léser. Malheureusement, il s'altère, se laisse pénétrer par les sécrétions buccales et dure peu.

Le platine a le défaut sur l'or de paraître plus lourd, mais l'avantage de moins fatiguer les parties molles ; sa durée est parfaite.

L'or donne les meilleurs résultats : il n'a pas le goût insipide de la vulcanite, ne gêne pas la prononciation, n'altère presque pas la gustation. Les pièces sont moins fragiles ; sa durée est indéfinie et son inaltérabilité absolue. De plus, son adhérence à la muqueuse est beaucoup plus grande.

L'aluminium se laisse légèrement attaquer par le sel et le vinaigre. Il a pourtant la qualité sur tous les autres métaux d'être excessivement léger tout en étant très résistant, très tenace et sa légèreté lui permet justement d'être facilement toléré et de ne point léser les muqueuses, car on peut lui donner toute l'épaisseur exigée.

L'étain, allié au cadmium, est résistant, tenace, ne s'altère pas ; il donne de bons résultats.

La porcelaine étant très fragile nécessite des plaques trop épaisses, gênantes par suite et, comme elles n'ajustent pas bien, certaines bouches ne s'y habituent jamais ; elles sont pourtant d'une grande propreté.

La vulcanite a le défaut de donner une sensation de sécheresse très grande, d'amener une boursouflure des muqueuses et de n'altérer que difficilement, alors que l'or n'a aucun de ces défauts ; elle blesse également plus que lui. Bien qu'elle soit inaltérable, elle noircit dans la bouche des fumeurs. Plus cassante, elle nécessite des plaques plus épaisses et gênant davantage que celles en métal. Au bout de quelques années, elles deviennent fragiles et ont moins de durée que ces dernières. Mais leur élasticité et leur exactitude font oublier beaucoup de leurs défauts.

La celluloïde s'altère, n'a pas de résistance, ne dure pas et donne à la bouche un goût de camphre.

Au point de vue de l'*esthétique*, l'hippopotame n'est pas très joli puisqu'il noircit.

L'or l'emporte sur le platine et les autres métaux puisqu'il donne aux pièces un aspect de bijoux.

La porcelaine est parfaite en tous points.

La vulcanite l'emporte sur l'or, sa couleur se rapprochant davantage de celle des muqueuses.

La celluloïde vient après la porcelaine.

Au point de vue de l'*hygiène*, l'hippopotame est malsain puisqu'il rend l'haleine fétide.

Le platine et l'or sont parfaits ; leur nettoyage est très facile.

Les autres métaux nécessitent plus de précautions.

La porcelaine est parfaite.

La vulcanite laisse à désirer, étant donné qu'elle n'adhère à la muqueuse qu'à la condition d'être enduite d'une couche de mucus.

La celluloïde est mauvaise ; elle s'altère et donne un mauvais goût.

Enfin, nous nous permettrons de conclure par les indications suivantes :

On n'emploiera l'hippopotame que lorsque l'articulation ne permettra d'employer aucune autre matière.

L'or devra être considéré comme la meilleure substance à confectionner les cuvettes et être préféré à la vulcanite, surtout si les gencives sont molles.

Le platine servira à construire les dentiers à gencives continues.

L'aluminium sera employé pour les pièces nécessitant une forte épaisseur, un gros volume.

L'étain peut donner de très bons résultats dans le cas de pièces temporaires.

La porcelaine ne devra être employée que si l'on est certain du résultat et si l'on veut faire de l'esthétique parfaite.

La vulcanite sera placée sur des gencives très fermes, dans une bouche où les muqueuses ne sont pas enflammées et surtout pour les dentiers complets sans succion, à moins de les doubler d'une petite plaque en or.

La celluloïde devra être écartée, à moins que sa légèreté ne soit une indication absolue.

REVUE DE L'ÉTRANGER

TUMEURS DES MAXILLAIRES ET DES GENCIVES

Par M. William Thornburn.

Il n'est pas dans mon intention de chercher à être pratique ou à vous donner des indications qui puissent vous servir directement dans une profession avec laquelle vous êtes naturellement beaucoup plus familiers que moi-même. Je me propose de passer en revue quelques principes généraux de pathologie dont l'homme occupé peut difficilement continuer l'étude, forcé qu'il est de consacrer la plus grosse partie de son temps à des sujets ayant un rapport plus direct avec le devoir important de gagner sa vie. Après avoir pris la liberté de vous rappeler quelques-unes des théories qui forment la base de nos idées actuelles sur la pathologie des tumeurs en général et des maxillaires et des gencives en particulier, je vous en montrerai autant de variétés qu'il m'a été donné d'en constater et je vous indiquerai brièvement les caractères principaux et le traitement de chaque espèce, me plaçant entièrement au point de vue chirurgical et en le distinguant du côté odontologique.

Au début, il est peut-être bon de définir ce que j'entends par tumeur au sens pathologique du terme. Cliniquement parlant, nous appliquons ce terme à presque toute enflure, mais pour le patholo-

giste il a une signification beaucoup plus restreinte. La définition que j'adopterai est donc légèrement la même que celle de Cornil et de Ranvier, qui est classique : *une tumeur est une masse formée par un tissu de formation nouvelle, avec une tendance inhérente à persister ou à continuer de croître.* Avec cette définition nous excluons, comme vous le verrez, toutes les excroissances qui ont une origine inflammatoire, même quand elles semblent persistantes, comme les masses de tissu formées dans la tuberculose et la syphilis. Ces enflures inflammatoires, quelque continue que soit leur croissance, doivent leur persistance non pas à une tendance inhérente mais à la continuité de la cause qui leur a donné naissance, que cette cause soit un bacille, un corps mort ou tout autre excitant, d'un processus inflammatoire chronique. Il est beaucoup plus difficile de forger une définition excluant les hypertrophies, et cela parce que la nature elle-même ne nous a pas donné de limite bien définie entre les processus de tumeur et des simples excroissances ou hypertrophies ; néanmoins ces derniers états n'ont pas la tendance clairement marquée à une progression continue que nous considérons comme le caractère essentiel d'une tumeur. L'hypertrophie est généralement attribuable à une cause déterminée et si, par un moyen quelconque, nous éloignons la cause, l'effet disparaît généralement ou du moins ne persiste pas. Si nous entrions plus avant dans les distinctions entre ces deux processus pathologiques, nous nous éloignerions trop du sujet dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui. Cependant je dois faire remarquer que tous les kystes sont, par la définition que nous adoptons, exclus de notre étude, comme n'étant pas constitués par un tissu de formation nouvelle, mais consistant en simples espaces dans les tissus, espaces remplis par de la matière plus ou moins fluide et non vivante.

Il y a une autre doctrine en pathologie prétendant que toutes les tumeurs tirent et doivent tirer leur origine de cellules de tissu préexistant et qu'elles n'ont jamais d'origine étrangère. A une époque une théorie favorite soutenait que ces masses étaient de nature parasite, qu'elles étaient une implantation sur le corps, mais le coup mortel lui a été porté il y a longtemps par Virchow dans son grand ouvrage sur la pathologie cellulaire.

Ceux d'entre vous chez lesquels la connaissance de l'embryologie n'est pas trop effacée se rappelleront qu'à une période du début de son développement, l'embryon humain et mieux l'embryon vertébré est un simple organisme creux dont les parois constitutives sont formées de trois couches distinctes de cellules. Ces couches sont appelées respectivement du dehors au dedans *épiblaste*, *mésoblaste* et *hypoblaste* et chacune d'elles joue un rôle déterminé dans le développement ultérieur de l'animal. En parlant d'une manière générale et en omettant, pour abréger, toutes les exceptions, qui n'ont aucun rapport avec l'objet de notre étude, aujourd'hui nous pouvons dire que l'épiblaste forme l'épithélium qui couvre l'extérieur du corps, ainsi que ces structures épithéliales qui en tirent leur origine, comme les glandes sébacées, la poitrine et l'invagination qui donne

naissance à la membrane de revêtement de la bouche. L'hypoblaste engendre les structures épithéliales qui garnissent l'intérieur du corps et leurs dérivés comme les glandes du canal alimentaire, etc. Ces deux couches, l'hypoblaste et l'épiblaste, sont la cause première de tous les épithéliums du corps et, en omettant encore toutes les exceptions qui s'y rattachent, toutes les autres parties de l'organisme peuvent être considérées comme provenant de la couche moyenne ou mésoblaste. Nous pouvons donc diviser toutes les cellules du corps en deux groupes, celles naissant de l'épiblaste ou de l'hypoblaste, celles naissant du mésoblaste. Les premières sont des cellules épithéliales, les autres peuvent être considérées comme des cellules mésoblastiques et comprennent les cellules du tissu conjonctif, les muscles, les os, etc.

C'est un fait généralement accepté maintenant que ces deux séries de cellules conservent leur individualité pendant toute la vie de l'animal, non seulement dans les processus physiologiques, mais aussi dans les processus pathologiques, et que les cellules épithéliales ne tirent jamais leur origine des cellules de provenance mésoblastique et *vice versa*. Cette distinction fondamentale est la base de la classification anatomique des tumeurs adoptée généralement maintenant et c'est sur cette base que nous divisons toutes les tumeurs en deux grands groupes, les épithéliales et les mésoblastiques, parce que comme les tumeurs proviennent toujours de cellules préexistantes, elles doivent prendre leur origine dans des cellules de l'un ou l'autre groupe. Dans chacun d'eux nous subdivisons les tumeurs d'après leur ressemblance anatomique à l'un des tissus normaux du corps.

En considérant d'abord le groupe épithélial, nous avons normalement deux formes principales d'arrangement épithélial : celle dans laquelle les cellules épithéliales se développent dans le tissu conjonctif sous-jacent, celle dans laquelle le tissu conjonctif se développe dans la forme de *papilles*, l'une et l'autre couvertes par une couche épithéliale. A chacune de ces variétés d'arrangement normal correspond une tumeur, et les deux variétés sont appelées *adénomes* et *papillomes*. Mais nous avons aussi des tumeurs consistant en cellules épithéliales qui ne suivent pas si exactement un arrangement normal, mais dans lesquelles les cellules sont plus ou moins mélangées sans distinction et présentent un type moins bien développé ou plus embryonnaire ; ces tumeurs sont connues sous le nom de *carcinomes* ou *cancers*.

Dans le groupe mésoblastique de tumeurs — celles dont les cellules constitutives dérivent du mésoblaste — il y a autant de variétés qu'il y a de variétés de tissu mésoblastique, chaque tumeur étant désignée par l'addition de la terminaison *ome* au nom du tissu auquel elle ressemble. Ici donc nous pouvons avoir des tumeurs dans lesquelles l'arrangement cellulaire est anormal ou embryonnaire et ces tumeurs mésoblastiques mal développées sont appelées *sarcomes*.

Nous pouvons donc grouper toutes les variétés de tumeurs dans le tableau suivant qui tient compte dans ses divisions en partie du développement et en partie de l'anatomie :

Groupe épithélial.

Formes typiques :
Papillome, structure papillaire.
Adénome, croissance intérieure analogue à une glande.
Forme anormale :
Carcinome.

Groupe mésoblastique.

Formes typiques :

Fibrome	consistant en	tissu	fibreux.
Myxome	—	—	muqueux.
Lipome	—	—	gras.
Chondrome	—	—	cartilagineux.
Ostéome	—	—	osseux.
Myome	—	—	musculaire.
Neurome	—	—	nerveux.
Lymphome	—	—	lymphatique.
Angiome	—	—	vasculaire.
Lymphangiome	—	—	lympho-vasculaire.

Forme anormale :
Sarcome.

Il reste à dire que les tumeurs anormales ou embryonnaires sont généralement très malignes tandis que les formes typiques sont d'ordinaire bénignes.

Quant aux mâchoires qui, dans l'examen de ces principes généraux, ont été trop longtemps négligées, il est fort peu ordinaire de trouver une forme typique de tumeur, excepté dans les régions du corps où le prototype normal du tissu se rencontre et c'est ainsi que nous ne rencontrons parmi les tumeurs des maxillaires et des gencives que les formes indiquées ici. Les variétés anormales peuvent se produire partout et il va de soi que les carcinomes ne peuvent résulter que des cellules épithéliales et les sarcomes des cellules mésoblastiques.

Dès lors nous pouvons retrancher de la liste des tumeurs des mâchoires toutes celles dont la structure primitive ne se trouve pas dans une mâchoire ou une gencive normale. Nous rayons donc les myxomes, lipomes, myomes et lymphomes et nous ne rencontrons pas dans la pratique les tumeurs de structure nerveuse ou lympho-vasculaire. Les adénomes ne se trouvent pas liés avec la partie alvéolaire des mâchoires quoique, d'après la nature de la membrane de revêtement, ils ne soient pas rares dans le sinus. Notre longue liste est donc réduite à la suivante :

Tumeurs épithéliales ne résultant que de l'épithélium des gencives.

Forme typique :
Papillome.
Force anormale :
Carcinome.

Tumeurs mésoblastiques résultant des tissus sous-jacents.

Formes typiques :
Fibrome.
Chondrome } ne provenant que des os.
Ostéome }
Angiome ne provenant que des vaisseaux sanguins.
Forme anormale :
Sarcome.

Permettez-moi de vous répéter avec insistance que, en vous présentant les considérations qui précèdent, j'ai, dans l'intérêt de la concision, fréquemment sacrifié les détails minutieux au dogmatisme et que toutes ces indications ne sont pas exemptes de critique. Mais tout ce que je me suis efforcé de faire, avant de passer à l'examen des diverses formes communes de tumeur, a été de vous indiquer les grandes lignes de la classification et les lois sur lesquelles elle est basée.

Les *papillomes* sont à l'origine des tumeurs épithéliales provenant de la muqueuse de la gencive, liées généralement à l'irritation causée par une dent cariée; souvent l'enlèvement de la cause fait disparaître la grosseur qui ressemble ainsi plutôt à une hypertrophie qu'à une vraie tumeur. Si ce fait ne se produit pas, il suffit d'enlever le papillome, c'est-à-dire la base, et de cautériser pour ne pas laisser de germe à une nouvelle grosseur. Si l'opération est convenablement effectuée, il n'y a pas récidive.

L'*épithéliome* — la seule forme de carcinome qu'on rencontre ici — est beaucoup plus sérieux et reparaît presque toujours après son enlèvement. Comme les grosseurs papillaires, il est dû à une forme d'irritation constante, par exemple à une pièce dentaire mal ajustée et la constatation et le traitement au début de ce mal est de la plus grande importance. Un spécimen présenté était remarquable pour l'âge du patient, qui n'avait que 24 ans, tandis que, en règle, ces tumeurs ne se montrent pas avant le milieu de la vie. Le seul traitement possible est l'enlèvement de bonne heure, avec l'excision de toutes les parties environnantes et, dans beaucoup de cas, du maxillaire lui-même.

Le *fibrome* peut provenir des tissus conjonctifs de la gencive — cette forme est qualifiée généralement d'*épulis* — ou du périoste du maxillaire ou de la dent ou de l'os lui-même, formant ainsi une variété endostéale assez rare. La variété périodontale est généralement fixée à la racine d'une dent présentant une proéminence notable. La distinction entre les fibromes résultant de la gencive et ceux qui sont liés au périoste ne semble pas très importante et je conseillerais l'enlèvement d'un petit coin d'os dans tous les cas douteux pour assurer l'extraction de la tumeur.

Le *chondrome* se montre généralement dans le jeune âge, c'est-à-dire dans la période où le cartilage constitue toujours la mâchoire; il est bien plus commun au maxillaire supérieur qu'au maxillaire inférieur, mais il n'est fréquent ni dans l'un ni dans l'autre. Cette

tumeur croît plus rapidement que le fibrome et présente une plus grande tendance à la récidive ; elle peut atteindre une très grande dimension et même pénétrer dans le crâne. Pour ces motifs elle forme un lien entre les grosseurs bénignes et les grosseurs franchement malignes.

Je suis à même de vous montrer deux variétés bien marquées d'*ostéome*, l'une consistant en os poreux et mou, l'autre plus dense de structure et représentant l'ostéome de l'ivoire. Ces tumeurs ne sont pas malignes, mais l'opération qu'exige leur enlèvement est souvent étendue, parce que, en raison de ce que leurs symptômes ne sont pas saillants, ils ne sont généralement pas remarqués par le chirurgien avant d'avoir atteint une grosse dimension.

L'*angiome* ou tumeur consistant dans des vaisseaux sanguins anormaux et dilatés se trouve aux gencives, et il est généralement congénital dans son origine, mais pas toujours. Il peut se traiter avec diverses formes de cautère, mais le plus convenable est le galvanocautère.

Le *sarcome* est l'une des tumeurs les plus malignes des mâchoires et souvent plus certainement et plus rapidement fatal que l'épithélioma lui-même. Il peut survenir lié avec le périoste ou dans l'intérieur de l'os et a diverses formes différant dans leur structure microscopique et leur malignité. Beaucoup de sarcomes contiennent des kystes et d'autres présentent des masses de cartilage ou d'os. Le traitement, si on peut en essayer un, doit être radical et comporte l'enlèvement d'une grande partie du maxillaire supérieur ou de la moitié de l'inférieur. (Un patient est présenté qui avait subi la résection de la moitié du maxillaire inférieur 18 mois auparavant pour un sarcome et qui n'a pas eu de récidive ; mais un résultat si favorable n'est pas commun et l'enlèvement de la mâchoire supérieure pour un sarcome est si peu satisfaisant que l'auteur conseille rarement l'opération.)

(British Journal of Dental Science.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'ENSEIGNEMENT DE L'ART DENTAIRE EN ANGLETERRE.

Par M. F. Touchard, professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Nous publions ci-après des extraits du rapport que M. Touchard a adressé au Ministre de l'Intérieur à la suite de la mission qui lui avait été confiée pour étudier l'organisation de l'enseignement de l'odontologie au-delà de la Manche.

Ce rapport se trouve chez Lecrosnier et Babé, 23, place de l'École-de-Médecine.

. . . .

CHAPITRE II

L'ART DENTAIRE EN ANGLETERRE

Jusqu'en 1878, la situation était la même en Angleterre qu'elle est actuellement en France, ou plutôt qu'elle était avant la promulgation de la loi de 1892. La profession était libre et les dentistes se formaient comme ils pouvaient. Ils avaient bien à leur disposition des écoles dentaires dont la plus ancienne remontait à 1858, mais c'étaient des écoles libres indépendantes. Ils n'étaient soumis à aucune réglementation, n'étaient pas reconnus par le gouvernement et ne possédaient aucun diplôme officiel. Cet état de choses avait, comme bien on pense, donné lieu à des abus et fini par appeler l'attention des pouvoirs publics. Dans un pays de liberté comme l'Angleterre, où l'ingérence de l'Etat dans les intérêts de ses citoyens est fort rare et s'exerce plutôt au dehors, en matière coloniale par exemple, une pareille intervention était significative. Si elle se produisait, c'est qu'elle était rigoureusement nécessaire.

Le 22 juillet 1878 intervenait une loi, le *Dentist's Act*, concernant l'exercice de l'art dentaire. Une véritable législation, absolument nouvelle, était formulée en 40 articles. Déjà en 1858, le 2 août, l'exercice de la médecine avait été réglé par le *Medical Act* qui établissait un Conseil général chargé d'inscrire sur un registre officiel (*Medical Register*) les médecins pourvus du diplôme d'une corporation ou d'une université reconnues par l'Etat. Il laissait subsister en même temps le libre exercice de la médecine, mais il établissait une distinction, utile surtout pour le public, entre ceux qui seraient enregistrés et ceux qui ne le seraient point, conférant pour ainsi dire une sorte d'investiture officielle aux premiers.

Les principales dispositions du *Dentist's Act* peuvent se résumer ainsi :

A partir du 1er août 1879, nul n'a le droit de s'attribuer le titre de dentiste à moins d'être enregistré.

Les contrevenants seront punis d'une amende dont le maximun est de 20 livres sterling.

Toute personne enregistrée peut exercer l'art dentaire à partir du 1er août 1889. Aucune personne non enregistrée ne peut exiger devant un tribunal le paiement de ses honoraires pour une opération dentaire, excepté les médecins diplômés.

Sont enregistrés :

1° Les personnes pourvues d'une licence en art dentaire délivrée par un corps ou université reconnus par l'Etat ;

2° Les dentistes diplômés étrangers ou coloniaux ;

3° Les personnes se livrant de bonne foi à la pratique de l'art dentaire au moment de l'application de la loi.

Pour être enregistré il faut fournir à l'archiviste général qui tient les registres auprès du Conseil général sa licence ou des documents faisant connaître sa capacité.

Ces registres mentionnent toutes les personnes enregistrées comme

ayant exercé avant l'application de la loi, celles autorisées à exercer par les corps ou universités reconnus par l'Etat, les dentistes coloniaux et les dentistes étrangers autorisés à exercer en vertu de la loi.

Le Conseil général fait rayer du registre les inscriptions inexactes ou frauduleuses, ainsi que les personnes coupables d'un crime ou qui ont une conduite professionnelle infamante et déshonorante.

Une commission spéciale du Conseil est chargée d'opérer les radiations et les réinscriptions après radiation, s'il y a lieu.

Les corps et universités reconnus par l'Etat ont le droit d'examiner les personnes désireuses d'exercer comme dentistes et de leur livrer ensuite un diplôme de chirurgie dentaire. Les collèges doivent admettre à cet examen les candidats âgés de 21 ans, qui ont fait les études préliminaires dans un établissement.

Les examens sont passés devant un jury d'examinateurs du Collège royal de chirurgie d'Edimbourg, de la Faculté de médecine et de chirurgie de Glasgow, du Collège royal de chirurgie d'Irlande ou devant une université de la Grande-Bretagne ayant le droit de délivrer les diplômes en question.

Chacun de ces jurys est composé de 6 membres, dont la moitié au moins sont enregistrés conformément à la présente loi.

Le Collège royal des chirurgiens d'Angleterre continue à examiner en chirurgie dentaire et à délivrer des diplômes.

Les corps ou universités reconnus font connaître au Conseil général la nature des études et des examens nécessaires pour obtenir le diplôme, et un délégué du Conseil peut assister à ces derniers.

Si le Conseil général estime que ces études et examens ne présentent pas de garanties suffisantes, il fait un rapport au Conseil privé du souverain, qui peut s'opposer à l'enregistrement.

Un diplôme obtenu conformément à la présente loi ne donne pas le droit d'être enregistré dans le *Medical Act* de 1858, ni de prendre un titre mentionné par celui-ci et accordé exclusivement aux médecins et chirurgiens généraux.

Inversement, les médecins diplômés suivant le *Medical Act* ne peuvent exercer la chirurgie dentaire qu'après avoir passé un examen spécial devant une commission dont la moitié se compose de personnes enregistrées d'après le *Dentist's Act.*

Le Conseil général peut régler les examens à subir pour obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste.

Le Conseil général et le Conseil privé ont le même contrôle sur la commission chargée de conférer le certificat pour l'exercice de l'art dentaire que sur la commission délivrant le diplôme pour celui de la médecine et de la chirurgie.

Un programme d'examen élaboré par le Conseil général doit être approuvé par le Conseil privé.

Une personne dont l'apprentissage chez un dentiste apte à être enregistré finit le 1er janvier 1880 peut être inscrite sur le registre créé par la présente loi. Le Conseil général peut dispenser des examens à subir ou des conditions à remplir pour l'enregistrement un élève dentiste ayant commencé son apprentissage avant sa promulgation.

Comme on le voit, l'économie de la loi est des plus simples : l'usage du titre de dentiste est subordonné à l'inscription sur un registre spécial, après obtention d'un diplôme consécutive à un examen passé devant un jury déterminé. L'exercice de la profession n'est pas retiré aux praticiens non enregistrés, mais ils ne peuvent réclamer d'honoraires devant les tribunaux. C'est indirectement une contrainte à l'enregistrement. Les dispositions transitoires sont également fort douces : toutes les personnes se livrant de bonne foi à la pratique de l'odontologie au moment de la promulgation de la loi ont le droit d'être enregistrées. Les praticiens inscrits sur le registre n'ont pas, au sens que nous y attachons en France, un diplôme d'Etat, mais ils sont reconnus et protégés par le gouvernement, ce qui leur donne une situation à peu près analogue à celle qu'auront chez nous les dentistes diplômés sous l'empire de la loi de 1892. Il ne faut pas oublier, en effet, que le gouvernement ne confère pas davantage en Angleterre de diplômes aux médecins et aux chirurgiens, qui jouissent simplement de l'avantage de l'inscription sur le *Medical Register*.

Le diplome (*dental diploma*) existant actuellement pour l'exercice de la dentisterie est celui de *Licentiate Dental Surgery* (L. D. S.), licencié en chirurgie dentaire. Il est conféré par les Collèges royaux des chirurgiens d'Angleterre, d'Edimbourg et d'Irlande et par la Faculté de médecine et de chirurgie de Glasgow.

Ces institutions et établissements confèrent également deux autres titres qui s'ajoutent fréquemment au premier, qui est d'ailleurs suffisant par lui-même : ce sont ceux de *Membership Royal College Surgeons* (M. R. C. S.), membre du Collège royal des chirurgiens, et de *Licentiate Royal College Physicians* (L. R. C. P.), licencié du Collège royal des médecins.

CONDITIONS POUR OBTENIR LE DIPLOME DE L. D. S.

(Licencié en chirurgie dentaire.)

Les conditions exigées par le Collège royal des chirurgiens d'Angleterre sont les suivantes :

1° Une instruction préliminaire ;

2° Une instruction professionnelle (ayant duré plus de 4 ans postérieurement à l'immatriculation) ;

3° Un examen.

1° *Instruction préliminaire.*

A. La langue anglaise avec la grammaire et la composition.

B. Le latin, y compris la grammaire, la traduction d'auteurs désignés et de passages faciles d'autres auteurs.

C. Les mathématiques (c'est-à-dire l'arithmétique, l'algèbre jusqu'aux équations du premier degré inclusivement, la géométrie livres I, II, III et des problèmes faciles portant là-dessus).

D. Un des sujets facultatifs suivants : grec, français, allemand, italien, toute autre langue moderne, philosophie.

Cette instruction générale est prouvée par un examen préliminaire passé devant les corps d'examinateurs désignés par le Conseil médical général ou par des certificats de capacité délivrés par des établissements d'enseignement reconnus ou enfin par un degré ès-arts d'une Université quelconque du Royaume-Uni ou des colonies ou de toute autre désignée par le conseil médical.

Les étudiants qui ont commencé leur instruction professionnelle par un apprentissage chez un dentiste ayant le droit d'être enregistré ou en suivant des cours professionnels avant le 22 juillet 1878 (où l'enseignement dentaire devient obligatoire) sont dispensés de fournir la preuve qu'ils ont subi l'examen préliminaire.

2° Instruction professionnelle.

Cette preuve fournie, la partie purement manuelle de l'instruction commence par un apprentissage de trois ans chez un dentiste enregistré, afin que le côté mécanique soit connu à fond. Aussitôt le contrat signé, le jeune homme se fait immatriculer comme étudiant en dentisterie au conseil médical général et ses études professionnelles durent quatre ans. Les trois années d'apprentissage ou une partie de celles-ci peuvent être faites avant ou après l'immatriculation, mais une année de cet apprentissage n'est comptée pour une des quatre années d'études professionnelles que si elle est faite après l'immatriculation.

L'enseignement en matière médicale, chimie théorique et pratique, qu'on peut recevoir chez tout médecin ou pharmacien ou dans l'un des établissements d'enseignement spéciaux, peut également intervenir avant l'immatriculation.

Au bout de trois ans, l'étudiant entre à la fois dans un hôpital dentaire et dans un hôpital général et y reste deux ans. L'élève se fait alors inscrire comme étudiant en médecine, non pas pour prendre nécessairement un degré en médecine ou en chirurgie, mais pour être apte à le faire par la suite, en cas de besoin. Les études qu'il ferait à l'hôpital général pour obtenir un degré en dentisterie et qui sont largement les mêmes que pour le degré général n'ont, dans ce cas, pas besoin d'être recommencées et la totalité du temps ainsi passé compte comme une partie de la durée des études médicales.

A l'hôpital général, l'élève s'occupe principalement de dissection, du laboratoire de physiologie, de micrographie, de la clinique des malades du dehors. Il pratique la dissection de la tête, du cou, du thorax et de l'abdomen.

Le candidat qui se présente pour obtenir le diplôme de L. D. S. doit, depuis le 1er janvier 1890, produire les pièces suivantes :

1° Son inscription comme étudiant en dentisterie par le Conseil médical général ;

2° Un certificat qu'il a reçu l'enseignement professionnel pendant quatre ans, postérieurement à cette inscription ;

3° Un certificat d'instruction en chimie, physique, chimie pratique et en matière médicale ;

4° Une attestation qu'il a suivi dans une école de médecine reconnue :

a) Un cours d'anatomie pendant six mois ou pendant une session d'hiver ;

b) Un cours de physiologie pendant six mois ou pendant une session d'hiver ;

c) Un cours pratique séparé de physiologie pendant trois mois ;

d) Un cours de chirurgie pendant six mois ou pendant une session d'hiver ;

e) Un cours de médecine pendant six mois ou pendant une session d'hiver ;

5° Une attestation qu'il a disséqué, dans une école reconnue, pendant douze mois ;

6° Une attestation qu'il a suivi, dans un hôpital reconnu dans le Royaume-Uni, la clinique et les conférences cliniques de chirurgie pendant deux sessions d'hiver ;

7° Une attestation qu'il a suivi dans une école reconnue deux cours d'anatomie et de physiologie dentaire (humaines et comparées), de chirurgie dentaire, de mécanique dentaire et un cours de métallurgie ;

8° Un certificat qu'il a pendant trois ans, acquis chez un praticien compétent les connaissances pratiques de la mécanique dentaire. S'il s'agit de chirurgiens, cette période est réduite à deux ans. Cette instruction peut être reçue antérieurement à l'inscription comme étudiant dentaire ;

9° Un certificat qu'il a suivi, dans un hôpital reconnu ou dans la section de dentisterie d'un hôpital général reconnu, la clinique de chirurgie dentaire pendant deux ans ;

10° Une pièce établissant qu'il a 21 ans.

L'enseignement professionnel antérieur à l'immatriculation comme étudiant en dentisterie n'est pas admis, excepté pour la chimie, la chimie pratique, la matière médicale et la mécanique dentaire pratique.

3° *Examen.*

L'examen à subir pour obtenir le diplôme de L. D. S. est à la fois écrit pratique et oral.

L'*examen écrit* porte sur l'anatomie et la physiologie générales, la pathologie et la chirurgie générales, l'anatomie et la physiologie dentaires, enfin la pathologie et la chirurgie dentaires.

A l'*examen pratique* les candidats peuvent être examinés sur :

a) Le traitement de la carie dentaire. Ils peuvent avoir à préparer et à obturer des cavités avec de l'or ou des substances plastiques ou exécuter toute autre opération de chirurgie dentaire ;

b) Le traitement mécanique et chirurgical des diverses irrégularités des dents des enfants ;

c) La mécanique dentaire.

L'*examen oral* porte sur les divers sujets compris dans le pro-

gramme de l'enseignement professionnel, l'emploi des préparations, des moulages, etc.

Tout candidat dont les connaissances sont jugées insuffisantes est ajourné et ne peut se représenter avant six mois, à moins que le Conseil n'en décide autrement.

Les examens ont lieu en mai et novembre de chaque année.

Nous ne croyons pas utile d'examiner les conditions requises pour l'obtention des titres de M. R. C. S. et de L. R. C. P. qui sont uniquement des accessoires dont le candidat au diplôme dentaire peut se dispenser et qui, d'ailleurs, n'ont pas leurs analogues en France, à moins qu'on ne les assimile au doctorat en médecine.

Maintenant, comment la corporation a-t-elle concilié ses intérêts et les besoins de l'enseignement avec les exigences de la nouvelle législation? Il existait déjà des écoles dentaires en exercice, de nouvelles furent créées et les programmes des cours et des examens furent complétés et réglés d'après les indications du Conseil général. Bien entendu, toutes ces organisations sont dues à l'initiative privée et l'Etat n'est intervenu en aucune manière.

Actuellement la Grande-Bretagne est pourvue d'un nombre considérable d'hôpitaux et d'écoles où les étudiants peuvent étudier la dentisterie avant de subir l'examen prescrit pour l'inscription.

C'est leur organisation, leur fonctionnement et leurs programmes que nous allons passer en revue.

CHAPITRE III

L'ENSEIGNEMENT DE L'ODONTOLOGIE EN ANGLETERRE

Il existe en Angleterre un grand nombre d'établissements où l'odontologie est enseignée :

1° *Dental Hospital of London and London School of Dental Surgery* (Hôpital dentaire de Londres et Ecole de chirurgie dentaire de Londres), Leicester Square;

2° *National Dental Hospital and College* (Hôpital et Collège dentaire national), Great Portland Street, à Londres;

3° *Incorporated Edinburg Dental Hospital and School* (Hôpital et Ecole dentaires d'Edimbourg réunis), à Edimbourg;

4° *Dental Hospital and School* (Hôpital et Ecole dentaires), 4, Chatham Place, Stirling Road, à Glasgow;

5° *Mason College* (*Dental Department*) (Section dentaire du Collège Mason), à Birmingham;

6° *Birmingham Dental Hospital* (Hôpital dentaire de Birmingham), 71, Newhall Street, à Birmingham;

7° *Dental Hospital of Ireland* (Hôpital dentaire de l'Irlande), 25, Lincoln Place, à Dublin;

8° *Owens College* (*Dental Department*) (Section dentaire du Collège Owens), à Manchester;

9° *Victoria Dental Hospital of Manchester* (Hôpital dentaire Victoria de Manchester), Devonshire Street, All Saints, à Manchester;

10° *Dental Hospital* (Hôpital dentaire), Mount Pleasant, à Liverpool;

11° *Le Dental Hospital* (Hôpital dentaire), Bank Streets Chambers, Bank Street, à Plymouth;

12° *Devon and Exeter Dental Hospital* (Hôpital dentaire de Devon et Exeter), à Exeter.

Il convient d'ajouter à cette liste les hôpitaux généraux suivants de la ville de Londres où les élèves peuvent également faire leurs études médicales tout au moins et dont le premier contient une véritable école dentaire :

Guy's Hospital (Dental School) (Ecole dentaire de l'Hôpital Guy).

Charing Cross Hospital (Hôpital de Charing Cross).

London Hospital and Medical College (Hôpital et collège médical de Londres).

King's College (le Collège du roi).

Middlesex Hospital (Hôpital Middlesex).

Saint-George's Hospital (Hôpital Saint-Georges).

Saint-Thomas's Hospital (Hôpital Saint-Thomas).

Saint-Mary's Hospital Medical School (Hôpital Sainte-Marie, Ecole de Médecine).

Saint-Bartholomew's Hospital and College (Hôpital et collège Saint-Barthélemy).

Wesminster Hospital (Hôpital de Westminster).

L'enseignement de l'odontologie est mixte, c'est-à-dire que l'instruction théorique et la technique professionnelle sont abandonnées aux écoles dentaires proprement dites, dès l'instant que celles-ci se conforment aux programmes établis par le Conseil général et le Conseil privé, et la partie médicale s'étudie dans les hôpitaux.

Nous allons d'ailleurs examiner la situation de cet enseignement, sinon pour chaque école, du moins pour quelques-unes d'entre elles.

I

DENTAL HOSPITAL OF LONDON AND LONDON SCHOOL OF DENTAL SURGERY

Fondé et ouvert aux patients en 1858, Soho Square 32, il fut transféré pour être agrandi, en mars 1874, Leicester Square 40, où il se trouve maintenant; depuis 1890 il est ouvert aux malades l'après-midi.

Il comprend un personnel enseignant de 33 membres, sous la direction d'un doyen, composé de :

1 médecin consultant;
1 chirurgien consultant;
2 chirurgiens-dentistes consultants ;
6 chirurgiens-dentistes consultants ;
11 aides-chirurgiens-dentistes consultants, dont cinq pour l'après-midi ;
4 anesthésistes ;
2 aide-anesthésistes ;

4 démonstrateurs pour les aurifications et les diverses méthodes d'obturation ;

1 médecin répétiteur ;

1 surveillant du laboratoire de prothèse.

Chaque jour les membres désignés font des leçons cliniques à côté du fauteuil d'opération, permettant aux étudiants de se familiariser avec le traitement des difficultés de tout genre. Les démonstrateurs donnent des indications aux étudiants et assistent les élèves nouveaux dans leurs travaux. Pendant chaque session d'études ils font des cours et enseignent la chirurgie dentaire opératoire. Chaque semaine une démonstration est faite aux étudiants de 2e année. Les membres du corps enseignant font des démonstrations pratiques et des conférences sur les divers modes opératoires et les travaux dans lesquels ils sont particulièrement compétents. Le répétiteur de médecine s'occupe de la préparation des étudiants à leur examen pendant les deux mois qui précèdent celui-ci.

Les cabinets des chirurgiens et aides-chirurgiens de l'établissement sont ouverts aux élèves de l'hôpital.

L'immatriculation a lieu en janvier et juin et l'entrée en mai et octobre.

Les élèves se rendent à l'hôpital chaque jour à 9 heures du matin, excepté le dimanche. Aucun d'eux ne peut entreprendre d'opération avant d'avoir suivi un cours de démonstration et d'avoir reçu un certificat de capacité des démonstrateurs, approuvé par le doyen et les professeurs médecins. Chacun d'eux est tenu d'opérer 150 obturations acceptées par ces derniers, de traiter au moins deux cas de redressement et deux cas de dents à pivot et trois cas de prothèse, de confectionner et d'ajuster un dentier dans la bouche sous la surveillance d'un membre du corps enseignant dans chacune de ses deux années de présence.

Quant à l'installation matérielle, elle comprend des amphithéâtres de cours, une salle pour le traitement des irrégularités des dents, un musée, des salles d'attente, une salle d'anesthésie, un vestiaire pour les élèves, un laboratoire de prothèse, une salle de réunion pour les étudiants; il n'y a point de bibliothèque, mais celle de la société odontologique est à la disposition des élèves.

COURS

Les cours que suivent les étudiants sont au nombre de cinq.
(Suivent l'énumération et le programme de ces cours.)

. . . .

II

NATIONAL DENTAL HOSPITAL AND COLLEGE

Le *National Dental Hospital* fut ouvert au public le 11 novembr 1861, Great Portland Street 149. Il était, tout comme la première école dentaire spéciale créée dans le Royaume Uni, *Metropolitae*

School of Dental Science (Ecole métropolitaine de science dentaire), ouverte le 5 octobre 1859, une branche du Collège des dentistes (*College of Dentists*), ou plutôt tous les deux étaient organisés sous ses auspices, bien qu'ils en fussent distincts et séparés. Peu de temps après la fusion du Collège des dentistes avec la Société odontologique en 1863, ladite école fut transférée dans les locaux du *National Dental Hospital*, Great Portland Street.

L'augmentation du nombre des étudiants fréquentant l'hôpital nécessita la réorganisation de cette école, dont le fonctionnement avait été suspendu quelques années, et elle fut réouverte le 8 mai 1877. L'établissement changea alors de nom et prit celui qu'il porte aujourd'hui. Il doit être installé prochainement dans de nouveaux bâtiments, en construction actuellement Devonshire Street.

L'institution est dirigée par un Conseil de sept membres, un président et trois administrateurs.

Le personnel comprend 35 personnes sous la direction d'un doyen, savoir :

2 médecins-consultants ;
1 médecin de visite ;
2 chirurgiens-consultants ;
1 chirurgien de visite ;
1 chirurgien-dentiste-consultant ;
6 chirurgiens-dentistes ;
7 aides-chirurgiens-dentistes ;
6 anesthésistes ;
8 professeurs :
- 1 pour l'anatomie et la physiologie dentaires ;
- 1 pour la chirurgie et la pathologie dentaires ;
- 1 pour la métallurgie dentaire ;
- 1 pour la chirurgie dentaire opératoire ;
- 1 pour la matière médicale ;
- 1 pour les éléments d'histologie ;
- 1 pour la mécanique dentaire ;
- 1 pour les démonstrations de mécanique dentaire.

L'hôpital reçoit les patients tous les jours de la semaine, sauf le dimanche, de 9 heures à 11 heures du matin.

Un chirurgien, un aide-chirurgien et un démonstrateur de l'établissement sont présents tous les jours de 9 heures du matin à 2 heures de l'après-midi, et les membres du personnel à partir de 9 heures et demie.

Chaque membre du corps médical fait des conférences cliniques, quand cela est nécessaire.

Des conférences cliniques sont également faites de temps en temps sur des cas particulièrement intéressants, ainsi que des démonstrations sur la préparation et l'obturation des cavités et autres opérations sur les dents et les parties voisines. Le démonstrateur et des visiteurs des écoles du continent font aussi des démonstrations.

Tout étudiant qui entre à l'hôpital doit suivre le cours préparatoire qui embrasse tous les cas de chirurgie dentaire avant d'entre-

prendre une opération similaire dans la bouche. Ce cours est divisé en douze parties.

Deux années pleines de présence étant nécessaires à la clinique de l'hôpital, il n'est pas délivré de certificat pour les conférences s'il n'en a pas été suivi les deux tiers.

Deux examens ont lieu fréquemment pendant les divers cours pour contrôler les progrès et le travail des élèves et, à la fin de chaque série de cours, ceux-ci passent un examen écrit. L'obtention des prix institués et des certificats dépend du nombre de points obtenus dans ces examens écrits.

Des cours spéciaux sont faits pour préparer aux examens définitifs les étudiants qui ont terminé leurs études pures d'odontologie à l'école.

L'installation matérielle comprend plusieurs salles pour les obturations, chacune pourvue de vingt fauteuils, spacieuse, bien éclairée et parfaitement ventilée. La salle d'extraction et d'anesthésie n'en contient que deux, elle est munie de divers instruments et appareils utiles à l'extraction et à l'administration des gaz.

Un petit laboratoire sert à la construction des dents à pivot, des couronnes, des tiges et aux appareils de redressement.

Il existe également un musée et une bibliothèque placés sous la surveillance du Conseil de la Société des étudiants.

COURS

Les divers cours au *National Dental Hospital and College* sont au nombre de huit.

(Suivent l'énumération et le programme de ces cours.)

. . . .

III

GUY'S HOSPITAL DENTAL SCHOOL

C'est le 19 décembre 1888 que le trésorier et les directeurs de *Guy's Hospital*, agissant sur la recommandation du personnel médical, décidèrent que la section dentaire de l'hôpital serait complétée par la création d'une école de chirurgie dentaire qui prendrait le nom d'école dentaire attachée à l'hôpital de Guy. Une salle fut construite sur les terrains de celui-ci, permettant le placement de 18 fauteuils et, jusqu'en mai 1891, elle servit à toutes les opérations dentaires, excepté aux extractions. En même temps deux salles réservées à celles-ci étaient ménagées dans la section des malades extérieurs.

L'école fut ouverte en octobre 1889 avec six étudiants en dentisterie. L'hiver de cette année-là un laboratoire fut construit. En décembre 1890, on résolut d'ériger de nouveaux bâtiments comprenant une salle d'opérations pouvant contenir 50 fauteuils, un vaste laboratoire et des salles d'attente séparées pour les hommes et les femmes. Cette construction est sur le point d'être terminée.

Le personnel de l'école comprend 20 membres, dont un doyen, savoir :

1 Chirurgien-dentiste ;
1 Aide-chirurgien-dentiste senior ;
9 Aides-chirurgiens-dentistes ;
4 Anesthésistes ;
7 Professeurs, dont 3 remplissent également d'autres fonctions, savoir :

1 pour la chirurgie et la pathologie dentaires ;
1 — l'anatomie et la physiologie dentaires ;
1 — la mécanique dentaire ;
1 — la métallurgie ;
1 — la chirurgie dentaire et opératoire ;
2 — les anesthésiques ;

2 démonstrateurs occupant aussi d'autres fonctions, savoir :

1 pour la micrographie dentaire ;
1 — la mécanique dentaire ;

1 répétiteur avec d'autres fonctions aussi.

La clinique dentaire est ouverte tous les jours à 9 heures du matin pour les extractions et le traitement. Les patients sont reçus de 9 heures à 10 heures 1/2 dans les salles d'extractions et sont examinés par l'aide-chirurgien-dentiste du jour, le chirurgien-dentiste de l'établissement et les préparateurs. L'anesthésie commence à 10 heures du matin.

La salle des traitements est placée sous la surveillance d'un des aides-chirurgiens-dentistes de l'établissement, à partir de 9 heures jusqu'à l'achèvement des extractions ; celui-ci reçoit les patients venant des salles d'extractions et les répartit entre les opérateurs. Les aides-chirurgiens-dentistes du jour font une obturation ou une des opérations de chirurgie dentaire chaque jour à 11 heures et à 1 heure.

COURS

Les divers cours sont au nombre de six.

(Suivent l'énumération et le programme de ces cours.)

. . . .

(*A suivre.*)

LA SECTION DENTAIRE A L'EXPOSITION DE CHICAGO

(Extrait de *The Dental Tribune.*)

Les produits américains sont dans la partie nord-est du bâtiment des manufactures, dans le voisinage des instruments de chirurgie.

La plus importante exposition de cette section est celle de la maison S. S. White, de Philadelphie, qui a fait un choix judicieux,

digne de l'examen du praticien. Elle contient des spécimens de tous les instruments et appareils employés par les dentistes. On y voit un cabinet d'opérations modèle pourvu de son fauteuil, de son tour, d'appareils électriques, etc. On y remarque aussi, sous le nom de *Le rêve du mineur*, une hutte en or et une mine, garnie de tous les instruments employés par les mineurs, fabriqués avec les diverses espèces d'or qui servent à aurifier les dents; elle représente la demeure du mineur qui rêve que sa mine, au lieu de contenir du charbon, est remplie d'or, qu'il va extraire celui-ci, le couler en lingots et l'expédier dans les wagonnets dorés qui le transporteront sur des rails dorés dans toutes les parties du monde.

Une autre exposition intéressante est le cône des fraises dentaires. Il contient 30.277 fraises faites à la machine en une semaine par un outillage de 60 machines automatiques construites spécialement pour cet usage. La construction de cet outillage a duré 15 ans et a coûté plus de 500.000 francs. Pour fabriquer ces fraises il a fallu 105 kilog. 235 de tige d'acier de la meilleure qualité.

Il y a 322.962 bords tranchants coupant comme des rasoirs, représentant une longueur de 665 mètres 40. La trempe de chaque fraise est essayée par des machines automatiques. Le poids que peut supporter la tige d'une fraise de dimension moyenne est d'environ 2 kilog. 70. Le poids total des fraises est d'environ 100 tonnes.

On voit également des dents pour les fumeurs en Allemagne. Elles sont de couleur brunâtre avec des variétés de nuances infinies pour convenir aux divers cas résultant de l'habitude de fumer. On remarque aussi des dents aussi noires que du jais, fabriquées pour le Japon (on sait, en effet, que les Japonaises ont l'habitude de se noircir les dents à partir du moment où elles se marient, en signe de fidélité à leur époux). D'autres échantillons de travail japonais, consistant en pièces et instruments de dentisterie, sont intéressants.

Un grand nombre de fabricants américains que nous ne pouvons citer ici ont exposé des produits.

La maison Ash et fils présente, dans la section anglaise (Palais des Manufactures et des Arts libéraux), une série de dents minérales ainsi que divers instruments et appareils pour dentistes, qui méritent d'être examinés par tous les dentistes.

LA DENTISTERIE EN RUSSIE

En Russie, la majeure partie des dentistes se compose d'Israélites. Une nouvelle ordonnance ministérielle prescrit que, à l'avenir, il ne sera admis aux études dentaires chaque année qu'un nombre d'élèves correspondant à une proportion de 4 0/0 de la population.

(Zahn. Ref.)

LA DENTISTERIE EN ROUMANIE

Pour pouvoir exercer en Roumanie, il faut posséder un diplôme délivré par une Faculté de médecine du pays. Les praticiens qui y sont établis actuellement ne peuvent plus continuer à pratiquer, mais seulement travailler chez des médecins. Les médecins-dentistes étrangers doivent prouver leur approbation au ministre de l'intérieur et subir un examen devant un jury comprenant un membre du Conseil supérieur de santé, un professeur de Faculté de médecine et un dentiste.

(*Zahn. Ref.*)

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

RÉSULTATS DES EXAMENS

Année scolaire 1892-93

(Session de juillet.)

Examen de fin de première année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen de fin de première année et admis à suivre les cours de deuxième année.

Maximum : 54	Points	Minimum : 28	Points
MM. Joly, Louis.......	47	MM. Vichot, Lucien....	38 1/2
Wilbert, Léonce...	46	Poicteau, Joseph..	35
Mlle Maurel, Marthe...	44 1/2	Mlle Demathieu, Marcelle	34 3/4
MM. Weber, Charles...	42 1/4	Mme Goudemant, Jeanne	30 1/2
Hugot, Théodore..	41 1/2	M. Tzanck, Daniel.....	30
Quillet, Désiré....	41 1/4		

Examen de fin de deuxième année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen de fin de deuxième année et admis à suivre les cours de troisième année.

Maximum : 78	Points	Minimum : 45	Points
Mlles Bovolin, Gabrielle.	69	MM. Lemarchand, Ange.	56 1/2
Felgines, Marie...	68 1/4	Jaspar, Jean......	51
M. Rigolet, Désiré.....	67 1/2	Mordret, Gustave..	50 1/2
Mlle Duvignau Eléonore	61	Viers, Hyacinthe...	49 1/4
MM. Germain, Henri...	61	Mury, Charles.....	49
Daclin, Albert.....	60 1/2	Antoine, Joseph...	46 1/2
Lebert, Henri.....	58 1/4	Vidal, Jean-Baptiste	46

Examen de fin de troisième année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen général et à qui a été délivré le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris.

Maximum : 108	Points	Minimum : 70	Points
MM. Stévenin, Paul....	95 3/4	MM. Schwabsky, Albert.	81
Lévêque, Philippe.	87 1/2	Tireau, Charles...	79 3/4
Quillet, Andrès...	86	Athénas, Louis....	79 1/2
Charpentier, Charl.	85 3/4	Cossas, Amédée....	78 1/4
Gros, Paul........	85 1/2	de Flaugergues, H.	77 1/2
Robin, Lucien.....	84 1/2	Diétrichs, Ernest..	77 1/4
Cherbetian, Nicolas.	84 1/4	Germain, Wilfrid..	76 1/4
Vichot, Julien.....	83 1/2	Mme Monet, Adèle.....	74 3/4
Mlle Eloy, Stella...... / MM. Houdoux, Maurice.	83 1/4	MM. les Drs Buisseret, A.	74 1/4
		— Dutour, Ch.	72 1/4
Devoucoux, Charl. / Schaeffer, Marie..	83	— Messian, J.	70 1/4
Dejean, Victor....	82 3/4		
Bouvry, Georges...	82 1/4		

SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 9 mai 1893.

Présidence de M. POINSOT, président.

Sont présents : MM. Barrié, Bertrand, Bonnard, Denis, Gillard, F. Jean, Lemerle, Martinier, Paulme, Tusseau, Touchard et Sauvez.

Le procès-verbal de la séance du 18 avril est adopté.

M. *le président* annonce la mort de Mme Prussenar, diplômée et lauréate de l'Ecole ; il exprime les regrets de l'assemblée et déclare avoir envoyé une lettre de condoléances à la famille au nom du Conseil.

MM. *Buisseret* et *Messian*, élèves de l'Ecole et Drs en médecine de Belgique, demandent l'équivalence au point de vue des examens théoriques.

Accordé.

M *Choquet*, démonstrateur, fait part de son prochain mariage et demande un congé de trois mois.

Accordé.

M. *le secrétaire général* donne lecture de lettres :

1° De M. *Ducuing*, faisant connaître son changement de domicile ;

2° De M. *Lowenthal*, recommandant M. Roger, comme mécanicien de l'Ecole.

M. *Poinsot* annonce l'engagement de ce dernier ;

3° De M. *Legall*, qui pose sa candidature à l'emploi de mécanicien au laboratoire de prothèse ;

4° Du congrès de Rome contenant des renseignements sur le congrès qui aura lieu dans cette ville au mois d'octobre.

M. *Poinsot* fait part de la publication dans la *Gazette hebdomadaire* de la note en réponse à l'attaque de M. Magitot, contre les écoles dentaires ;

5° De M. *Thioly-Regard*, de Genève, envoyant au Conseil une circu-

laire qu'il a rédigée, adressée à tous les dentistes suisses, reproduisant et commentant la note parue dans la *Gazette hebdomadaire* ;

6° De M. *Godon*, informant qu'il est dépositaire de brochures et papiers appartenant à l'Ecole et priant M. le Directeur de les faire prendre par une personne dûment autorisée.

MM. *Tusseau et Gillard* donnent des explications sur les pourparlers antérieurs engagés avec M. Godon.

MM. *Sauvez* et *F. Jean* sont délégués auprès de M. Godon pour recevoir les documents dont il est question et donner quitus des pièces reçues.

M. *Poinsot* fait part d'une visite de M. Wallon, sénateur, ancien ministre, qui lui a donné les meilleures assurances sur l'avenir de l'Ecole. Il déclare avoir eu une nouvelle entrevue avec M. Brouardel, de laquelle il ressort que la santé de M. Liard a été la seule cause du retard apporté par le Conseil supérieur de l'instruction publique à visiter l'Ecole. Cette visite doit avoir lieu très prochainement. Il ajoute que M. Brouardel lui a confié que les propositions faites par la commission de réglementation sont sur le point d'être admises.

Admissions

M. Ribard fils, D. E. D. P.

Demande d'admission

M. Porte, à Bore (Corrèze).

M. *Lemerle*, au nom de la commission nommée par le Conseil pour la séparation financière de l'Ecole et de l'Association, donne lecture de son rapport, dont les conclusions sont adoptées.

La séance est levée à 11 heures 1/2.

Séance du 13 *juin* 1893.

Présidence de M. Poinsot, président.

Sont présents : MM. Lemerle, F. Jean, Touchard, Sauvez, Bertrand, Bonnard, Gillard, Paulme, Barrié, Denis, Lowenthal, Viau, Martinier.

M. *Martinier* donne lecture du procès-verbal de la séance du 9 mai, qui est adopté.

M. *le Président* donne lecture de lettres :

1° De M. *Hamond*, D. E. D. P., annonçant son prochain mariage ;

2° De M. *G. Pallet*, avoué de l'Ecole, faisant connaître le résultat du procès pendant entre l'Ecole et les professeurs considérés comme démissionnaires. Ceux-ci ont été déboutés de leur demande et le tribunal leur fait en outre défense de prendre leurs titres.

M. *F. Jean* donne lecture de la correspondance qui comprend :

Une lettre de M. *Neugord*, d'Hirschberg, se plaignant de la concurrence d'un de ses confrères, se disant membre de la société de l'Ecole ;

Une lettre de M. *Stempel*, d'Amsterdam, qui se plaint qu'un de ses confrères prenne le titre de membre de l'Ecole ;

Une lettre de M. *Metz*, de Belfort, demandant une bourse à l'école.

Renvoyé à la préfecture de la Seine.

M. *Martinier* donne lecture d'une lettre de M. Nicoud, adressée au président de la Société d'odontologie, contenant sa démission de la

Société de l'Ecole et de l'Association et le retrait de son annonce dans le journal.

M. *Martinier*, comme secrétaire général de la Société d'odontologie, fournit les explications nécessaires.

M. *Poinsot*, qui était présent lors de la démonstration, les complète.

M. *Viau*, président de la Société d'odontologie, est chargé par le Conseil de répondre à M. Nicoud, pour le prier de retirer sa démission, les motifs qu'il invoque étant en contradiction avec les précédents.

Demandes d'admission.

M. Ernest Conte, de Naples, présenté par MM. Viau et F. Jean.

M. de Massias, de la Martinique, présenté par MM. F. Jean et Poinsot.

Admission.

M. Porte.

M. *Poinsot* donne lecture d'une lettre de M. le rapporteur général près le congrès de Chicago annonçant la nomination comme délégués officiels pour le congrès de MM. Barrié et Levett.

Le Conseil décide qu'une subvention de 1.000 fr. sera accordée à M. Barrié, et approuve l'ouverture d'une souscription destinée à l'augmenter.

M. *Lemerle* demande un crédit de 200 fr. pour faire remettre 14 fauteuils à neuf.

Le crédit est voté.

M. *Gillard* fait remarquer que certaines questions importantes ne doivent pas figurer à l'ordre du jour sous la rubrique *propositions diverses* ; on doit les énumérer.

MM. *Poinsot* et *Viau* font adopter une proposition tendant à ce qu'il soit mis à la disposition du public qui se présente à l'Ecole pour demander l'adresse de dentistes deux livres, dont l'un contiendrait les noms et adresses de tous les diplômés et l'autre les noms et adresses des membres de la Société de l'Ecole et Dispensaire de Paris.

La séance est levée à 11 h. 1/4.

Séance du 27 juin 1893.

Présidence de M. Poinsot, président.

Sont présents : MM. Barrié, Bonnard, Bertrand, Denis, Lemerle, Lowenthal, F. Jean, Martinier, Paulme, Tusseau, Sauvez, Quincerot, Touchard, Viau.

Excuses de M. Gillard.

M. *le président* donne lecture : 1° d'une lettre de M. *Martin*, de Lyon, adressée à M. Barrié, qui déclare n'avoir confié à M. Godon des communications au congrès de Chicago que parce que celui-ci les lui a demandées le premier ; il en profite pour assurer le Conseil actuel de toute sa sympathie ;

2° D'une lettre de M. *d'Argent* qui, au nom de la Maison Joubert, offre à l'Ecole :

Un coryleur et un réservoir de coryl contenant 1 kilog. de ce médicament ;

De plus, il sera fait par la maison une remise de 10 0/0 sur les fournitures prises par l'Ecole ;

3° D'une lettre de M. *Liard*, directeur de l'enseignement supérieur

adressée à M. Lecaudey, l'invitant à se présenter au Conseil supérieur de l'instruction publique.

M. *Poinsot*, à qui la lettre est parvenue, a prié M. Lecaudey de bien vouloir l'accompagner devant la commission d'enseignement supérieur.

Il rend compte de l'entrevue et des questions qui lui ont été posées, et fait part de la bonne impression qu'ils en ont rapportée.

Il communique une seconde lettre de M. *Liard*, informant le directeur d'une visite officielle faite à l'école par une délégation de la Commission d'enseignement supérieur.

4° M. *le président* donne ensuite lecture de lettres de MM. *Monod*, *Berry* et *Mesureur*, qui s'excusent de n'avoir pu assister à la visite de la délégation ;

5° D'une lettre de M. *Lecaudey* rappelant que les organisateurs du congrès dentaire de Chicago ont nommé un bureau dans lequel figurent plusieurs professeurs de l'Ecole.

Il demande l'organisation d'une réunion des anciens congressistes de 1889, pour envoyer un salut confraternel aux dentistes américains au nom des dentistes français.

M. *Touchard* dit qu'il serait regrettable que ce salut ne fût pas porté par les délégués de l'Ecole. Il demande que l'Ecole prenne l'initiative de l'envoi de ses sentiments par son représentant, et déclare que, quel que soit le membre choisi par la réunion que propose M. Lecaudey, l'Ecole enverra son salut particulier.

Cette proposition est adoptée.

Sur la proposition de MM. *Touchard* et *Tusseau*, le Conseil décide la nomination d'une commission de cinq membres afin de provoquer une réunion générale des diplômés des deux écoles, pour faire adopter une pétition à la Commission d'enseignement supérieur, demandant des dispositions transitoires en faveur des diplômés et des dentistes.

MM. Gillard, Poinsot, Touchard, Tusseau et F. Jean sont nommés.

Admissions

Sont admis membres de la Société de l'Ecole : MM. Conte, de Massias, Cournaud.

M. *Lemerle* annonce qu'il a été chargé de faire une enquête au sujet d'une plainte adressée à M. le directeur contre un élève de l'Ecole.

Il résulte de cette enquête que cet élève est passible d'une peine disciplinaire grave pour infraction au règlement ; après discussion, le Conseil vote son exclusion de l'Ecole.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,
Francis Jean.

Le Secrétaire des séances,
P. Martinier.

MISCELLANEA

I. Tumeur de l'os hyoïde. — II. Les mines de platine en Russie. — III. Expulsion d'un dentier avalé accidentellement. — IV. Qu'est-ce qu'un carat ? — V. Mort pendant l'inhalation du chloroforme. — VI. Observation des pertes de substance crânienne à l'aide de plaques de celluloïd. — VII. Mort sous le chloroforme. — VIII. Mort consécutive à l'inhalation du protoxyde d'azote. — IX. Nécrose phosphorée des maxillaires. — X. Adhérence complète du voile du palais.

I. — Tumeur de l'os hyoïde

Spisharny a observé le cas suivant que nous relatons à cause de la rareté des tumeurs de l'os lingual.

Un homme de 25 ans portait au côté droit du cou, immédiatement sous le maxillaire inférieur, une tumeur dure, bosselée, mobile sous la peau, intimement adhérente à l'hyoïde, dont elle suivait tous les mouvements. Le larynx était refoulé à gauche. Par la bouche, on sentait, vers la base de la langue, une tumeur du volume d'une noix, offrant des caractères analogues à la précédente. Déglutition difficile, voix enrouée, dyspnée pendant le décubitus dorsal. La tumeur fut enlevée par la voie cervicale, et on réséqua la moitié droite de l'os hyoïde. Guérison.

La tumeur, de forme irrégulière, mesurait 7 centimètres sur 6. Entourée par une capsule conjonctive, elle se composait d'une couche corticale dure, translucide et d'un noyau mou. L'écorce était formée de cartilage hyalin, le centre renfermait une substance hyaline en voie de dégénérescence. Il s'agissait donc d'un chondrome.

(*Deutsch. mediz. Woch.* et *Union médicale.*)

II. — Les mines de platine en Russie

Quoique la Russie possède des mines de platine presque inépuisables, il n'y a que deux usines dans ce pays qui préparent ce précieux métal pour l'industrie. Le platine brut est envoyé du Gouvernement de Perm, où il se trouve, à Saint-Pétersbourg, et de là, pour la plus grande partie, en Angleterre où il est raffiné. En 1888, il n'a été raffiné en Russie que 31 pouds (492 kilogs). Le prix du platine a varié de 1886 à 1890 entre 12.000 et 48.000 francs par poud (15 kil.) ou de 336 à 1344 pouds par 453 gr. Il y a 60 ans, les mineurs d'or en Sibérie le considéraient comme sans valeur et s'en servaient comme projectile de fusil.

(*Ohio Journal.*)

III. — Expulsion spontanée d'un dentier avalé accidentellement

MM. Moulonguet et Bennezon (de Bovie). Un homme de 35 ans ayant gardé son dentier pendant la nuit, l'avale pendant son sommeil et se réveille à une heure et demie du matin, étouffant, avec la sensation d'un corps étranger dans la gorge que tous ses efforts ne parviennent pas à expulser.

A huit heures du matin, le malade n'étouffe plus, il ne se plaint guère de la gorge, mais il éprouve une douleur fixe derrière la pointe du sternum. Une bougie à boule (n° 4) permet de sentir le choc du corps étranger près du cardia. Cette exploration est pénible pour le malade ; dès qu'elle est terminée, il vomit un peu de bile jaunâtre. Le panier métallique, introduit à son tour, ne donne pas de sensation de corps étranger. Le dentier est tombé dans l'estomac : la douleur rétro-sternale a disparu.

L'idée d'une intervention immédiate est écartée. Le surlendemain, un purgatif (eau-de-vie all. et sirop de nerprun, ãã 10 gr.) provoque l'expulsion du dentier sans causer de douleur.

L'appareil, qui est muni de six dents séparées par des intervalles, mesure six centimètres dans son grand diamètre.

(*Gaz. des Hôpitaux de Toulouse.*)

IV. — Qu'est-ce qu'un carat?

Le mot *carat* vient du mot abyssinien qui signifie fève. Il correspond comme poids à une espèce de fève des Indes orientales et servait à l'origine de poids, exactement comme le mot anglais *grain* vient de grain de blé et a également un poids moyen. La valeur du carat en grammes est d'environ 0,205 pour les diamants et 0,242 pour les perles. Le carat est en effet le poids dont se servent les joailliers pour les diamants, les pierres précieuses et les perles.

Autrefois, en Angleterre, il servait d'unité de poids pour l'or, mais maintenant, à cause de l'abondance de ce métal, il est remplacé par *l'once*. Relativement aux alliages d'or, on a admis de considérer 24 carats comme le type de l'or pur et d'appeler *or à 20 carats* de l'or dans lequel 20 *carats sur 24 sont de métal précieux pur*, d'appeler *or à 18 carats* celui dans lequel les 3/4 sont purs, c'est-à-dire 18 carats sur 24. Ainsi, relativement à l'alliage de l'or, le mot carat est devenu l'équivalent de pourcentage, avec cette différence que 24 remplace 100. Par exemple, or à 18 carats est identique à or à 75 0/0 pur; or à 12 carats équivaut à or à 50 0/0 pur.

Cette manière d'apprécier la valeur est due simplement à l'habitude de suivre le système duodécimal pour faire des alliages, ce qui amène naturellement aux expressions 70, 80, 90 0/0 quand on parle de la pureté des métaux les plus précieux.

(Exchange.)

V. — Mort pendant l'inhalation du chloroforme

Une enquête a eu lieu récemment touchant la mort d'un jeune garçon de 9 ans qui avait été traité à l'hôpital de *King's College* pour une nécrose du maxillaire. Le chloroforme lui fut administré par la méthode ouverte, mais, après quelques inspirations et tandis qu'il avait encore sa connaissance, l'enfant fut pris de vomissements et se débattit violemment. Sa figure présentait une expression d'horreur marquée et, quand on l'étendit sur le dos, son épine dorsale se courba et son cœur cessa de battre. Les respirations continuèrent pendant encore cinq minutes au moins, mais, malgré tous les efforts, le cœur ne donna plus signe de mouvement. Le Dr Hamilton, qui pratiqua l'autopsie, émit l'avis que la mort était due à une syncope et que le chloroforme ne l'avait point hâtée, puisque l'administration en était à peine commencée. Le jury rendit un verdict de « mort d'une syncope résultant de peur ».

(British Journal of Dental Science.)

VI. — Obturation des pertes de substance cranienne a l'aide de plaques de celluloid

Dans une des dernières séances de la Société royale des médecins de Vienne, M. Weinlechner a présenté un malade qui, renversé par une locomotive, avait eu une fracture esquilleuse du crâne. Ces fragments furent enlevés et, au bout de quelques jours, la perte de substance comblée avec une plaque de celluloïd de 3 centimètres de long sur 2 centimètres de large. Celle-ci fut parfaitement tolérée.

M. Eiselsberg a employé le même procédé sur une jeune fille de 15 ans dont le crâne était perforé par une ostéite. La perte de substance était plus grande que la surface d'un florin. Elle fut comblée avec de la cel-

luloïd recouverte d'un lambeau de peau emprunté aux parties voisines. La guérison s'est maintenue, et cela depuis deux ans.

Sur un autre sujet, il s'agissait d'une fracture ; la prothèse par la celluloïd fut immédiate ; il se produisit au-dessous de la plaque un hématome qui, trois jours après l'intervention, détermina des accès d'épilepsie. On dut retirer l'appareil, qui put être remis dix-sept jours plus tard, et la guérison s'ensuivit. Cette observation prouve qu'il est préférable de réparer la brèche en deux temps.

Enfin, chez un troisième malade atteint de carie du crâne, la suppuration continua au-dessous de la plaque de celluloïd, et on fut obligé de la retirer d'une manière définitive.

(Deutsche medizinal Zeitung.)

VII. — Mort sous le chloroforme

On rapporte de Southend un cas fatal de l'emploi de cet anesthésique. Le patient, un enfant de 7 ans, nerveux, s'endormit parfaitement et l'opération n'avait duré que dix minutes, quand l'anesthésiste, qui avait son doigt sur l'artère temporale, s'aperçut que le pouls s'arrêtait tout à coup sans aucun mouvement préalable. La respiration continua pendant une demi-minute. L'inversion, la respiration artificielle et l'injection sous-cutanée de whisky furent essayées, mais en vain. La dose totale du mélange narcotique employé était d'environ 3 gr. 54.

(Brit. J. of Dent. Sc.)

VIII. — Mort consécutive a l'inhalation du protoxyde d'azote

L'*Erie Morning Dispatch* du 7 juin 1893 rapporte un cas de mort consécutive à l'inhalation du protoxyde d'azote pour une opération d'extraction, qui se produisit dans le cabinet du Dr G. J. Mead, d'Erie.

La belle-sœur de celui-ci, la patiente, désirait se faire enlever deux dents qui lui causaient de la douleur. Le protoxyde d'azote ordinaire lui fut administré et les dents furent avulsées sans difficulté. La patiente sembla se remettre des effets de l'anesthésique, se leva du fauteuil d'opération, se rendit sur un siège près de la fenêtre et revint d'elle-même deux fois vers le lavabo pour se rincer la bouche. L'opérateur avait quitté son cabinet et se trouvait dans une pièce voisine quand il entendit la patiente crier : « Oh ! ma tête ! » Accourant dans le cabinet d'opération, il s'aperçut tout de suite qu'elle était dans un état alarmant, que sa respiration était pénible, que ses yeux, quoique ouverts, avaient une teinte plombée. Outre la patiente, son mari, sa sœur, l'opérateur et le fils de celui-ci étaient dans le cabinet. Ce dernier fut rapidement envoyé pour aller chercher un médecin. Dans l'intervalle, le Dr Mead employa les moyens dont il disposait. Quelques minutes seulement après les premiers symptômes, trois médecins étaient dans le cabinet, faisant tous leurs efforts pour ramener la connaissance. Ces efforts furent vains et la mort résulta d'un œdème des poumons. Rien n'indique, autant qu'on le sache, que ce malheureux événement eût pu être évité.

La patiente avait antérieurement pris l'anesthésique deux ou trois fois sans effets fâcheux en apparence. Les symptômes semblaient indiquer l'apoplexie. Son médecin de famille, dit-on, avait émis l'opinion qu'elle était exposée à en être frappée tout d'un coup et le fait qu'elle était remise, suivant toute apparence, des effets du gaz, peut indiquer que sa mort était due à des causes naturelles.

(Dental Cosmos.)

IX. — Nécrose phosphorée des maxillaires

Bogdanik, de Siata (Pologne), rapporte 4 cas de nécrose phosphorée, dans lesquels il réséqua les maxillaires atteints. Dans trois, le résultat fut excellent; dans un, la maladie récidiva et le patient mourut pendant l'enlèvement des os nécrosés.

Comme Wegner, l'auteur regarde la nécrose des maxillaires comme due aux vapeurs du phosphore et prétend qu'elle commence par une périostite ossifiante et se termine par la mort de l'os; dans un cas seulement, Bogdanik observa un processus primaire de nécrose de l'os, le périoste étant intact. Il en conclut que la résection du maxillaire entier de bonne heure donne les meilleurs résultats et empêche une nécrose étendue.

(*Universal medical journal.*)

X. — Adhérence complète du voile du palais

M. Couëtoux en a observé deux cas : l'un, chez une jeune fille de 22 ans, provoqué par des lésions strumeuses étendues à toute la région pharyngienne; l'autre chez un jeune homme, à la suite d'ulcérations syphilitiques.

Dans ce dernier cas, M. Couëtoux pratique une ouverture avec un électro-cautère; l'écartement des lèvres de la plaie fut maintenu au moyen d'un tube de caoutchouc introduit par la voie nasale.

A la suite de cette opération, l'état du malade s'est trouvé amélioré: la respiration par le nez a pu se rétablir momentanément et la voix revêtir un caractère moins nasal. Peu à peu, l'occlusion s'étant reproduite, il a fallu recourir à une seconde intervention. Le résultat est encore trop récent pour qu'on puisse se prononcer sur l'avenir de ce jeune homme, mais il est à prévoir, suivant la règle ordinaire, que la guérison complète, définitive, ne sera point obtenue.

(*Gazette des hôpitaux de Toulouse.*)

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

BREVETS D'INVENTION RELATIFS A L'ART DENTAIRE

Brevets allemands.

Demandes.

N° 3.599. Maillet pneumatique. Addition au brevet n° 66.431. Dr Telschow, Berlin.

— 68.930. Pièce palatale pour dentiers à succion. O. Neugebauer, M. Gladbach.

B. 13.979. Franz-Xavier Bosch, Munich. Appareil pour faciliter l'éruption des dents chez les enfants.

B. 13.524. De Marie Paul Toussaint Barthélemy, Paris. Seringue pour injection sous-cutanée avec rétenteur du liquide.

G. 7.934. Brosses à dents permettant de nettoyer en même temps plusieurs faces. Gustave Goldschmidt, Berlin, Anhaltstrasse 16/17.

B. 14.145. Seringue pour injections sous-cutanées et autres. Dr Gabr. Bay, 15, boul. St-Denis, Paris.

K. 10.543. Procédé pour confection de dentiers artificiels. Carl Kampf, Düsseldorf, Marienstrasse 6.

W. 8.870. Appui-tête pour fauteuil d'opérations. Samuel, C. G. Watkins, Montclair.

Attributions :

N° 69.071. J. Weber et H. Hampel, Berlin. Maillet dentaire avec battant mobile.

— 69.662. Seringue pour la médecine avec récipient. A. Hambuger, Moscou.

— 70.357. Addition au n° 66.431. Maillet pneumatique. Dr L. Telschow, Berlin, Charlottenstrasse 63.

Modèles.

N° 12.342. Plaque d'aluminium pur pour dents artificielles, munie de trois systèmes de fixation différents pour le placement de celles-ci. Dr Scheffler, Stettin.

— 12.348. Pièce à angle pour maillet dentaire, dans laquelle le pilon est relié au goujon par une tige flexible. Geo Poulson, Hambourg.

— 12.389. Nettoyeur pour dents avec frotteur changeable en caoutchouc mou, ou autre substance semblable. Emile Witt, Leipzig.

— 13.124. Paul Wagner, Œlsnitzi. V. Embouchure de tuyau de caoutchouc pour tubes d'inhalation.

— 13.372. Appareil pour l'éclairage de la bouche et de la gorge. K. Schafer, Waiblingen.

— 13.806. Brosses pour nettoyer les dents sur leurs faces intérieures. Lazarus Freimann, Neustadt A. Aisch, Bavière.

— 14.270. Dentier de caoutchouc sans palais. Dr Oskar Abert, Breslau, Albrechtstrasse 51.

— 14.441. Modifications du maillet. Dr Carl Jang, Berlin, W. Gerhardstr. 16, et Weber et Hampel, Berlin, Invalidenstr. 38.

— 14.517. Maillet automatique. J. W. H. Uytenbogaart, Arnheim, Hollande.

— 147.797. Abaisse-lampe avec lampe et lentille. Gust. Nithrack, Obernigk, près Breslau.

— 14.865. Porte-empreinte. Dr Scheffler, Stettin.

— 15.723. Brosse à dents. Wesley Long, Munich.

— 15.598. Tour dentaire. Ottomar Volkmar, Schönholy, près Berlin.

— 15.628. Cure-dent. Andreas Schulze, Schwabach, Ludwigstrasse.

(*Zahntechnische Reform.*)

Brevets américains.

7 mars 1893. N° 492.830. Arthur E. Peck. Fouloir.

— 493.289. Peck et Allshouse. Fixation à angle.

7 mars 1893.	N° 493.318.	J. M. Twilley. Dents artificielles.
	— 493.379.	A. P. Gould. Fauteuil.
	— 493.431.	J. Keller. Moteur dentaire.
	— 493.528.	W. A. Spalding. Boîte à poudre dentifrice.
21 mars.	— 493.723.	W. P. Horton. Calmant odontalgique.
	— 493.800.	John R. Watson. Plaque dentaire.
	— 493.846.	J. A. A. Schoordermark. Plaque.
	— 493.846.	Weber et Hampel. Foret.
	— 493.893.	N. Morgan. Porte-disque.
	— 494.065.	G. A. Juterbock. Plaque.
28 mars.	— 494.227.	F. J. Richards. Fouloir.
	— 494.393.	J. C. Stapleton. Plaque.
4 avril.	— 494.617.	John L. Baker. Appui-tête.
11 —	— 495.267.	C. M. Richmond. Pièce à main.
18 —	— 495.607.	Geo. F. Barney. Maillet à main.
	— 495.898.	Edw. C. Merril. Dents artificielles.
9 mai	— 497.122.	C. F. Garretson. Articulateur.
	— 497.144.	Levi Teal. Pédale.
16 —	— 497.370.	A. T. Ecachus. Frein pour tour dentaire.
	— 497.723.	E A. Levering. Moufle.
23 mai.	— 497.905.	Gérard Beekman. Tige de tour flexible.
	— 497.964.	Frank B. Norris. Seringue à air chaud.
30 —	— 498.554.	Olof Johnanson. Broche dentaire.
6 juin	— 499.015.	James H. Downie. Fourneau dentaire.
13 —	— 499.602.	Georges B. Snow. Vulcanisateur.
	— 499.612.	Daniel W. Tower. Brosse à dents.
	— 499.632.	John H. Heivly. Fouloir pneumatique.
20 —	— 500.103.	Daniel A. Nash. Fauteuil.
27 —	— 500.139.	Roswell L. King. Tour dentaire.

(*Dental Cosmos.*)

BIBLIOGRAPHIE

Des meilleurs moyens d'anesthésie à employer en art dentaire (Thèse soutenue par le Dr E. Sauvez, professeur suppléant à l'École dentaire de Paris. Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois. Paris).

Dans la première partie de ce travail, l'auteur examine l'anesthésie générale en art dentaire. Il élimine le plus grand nombre des cas qui se présentent dans la pratique, et montre que les opérations dans lesquelles l'anesthésie générale semblerait la plus indiquée, c'est-à-dire les opérations longues et douloureuses, ne sont guère justiciables que du chloroforme, qu'il recommande de toujours employer à domicile.

Pour les cas où il faut avoir recours à l'anesthésie générale, le Dr Sauvez préconise surtout pour les opérations rapides le *bromure*

d'éthyle, qui est employé couramment dans diverses pays, mais dont les dentistes n'ont pas fait en France un usage courant jusqu'à cette époque.

Après un historique complet de cet anesthésique, l'auteur examine avec des détails précis son mode d'emploi, d'ailleurs très simple, et donne les résultats qu'il a obtenus avec ce procédé dans 100 cas personnels.

Ces résultats sont très satisfaisants ; ils sont à peu près les mêmes que ceux que l'on obtient avec le protoxyde d'azote, mais l'emploi du bromure d'éthyle ne nécessite pas le matériel encombrant qu'entraîne forcément la narcose par le gaz hilarant.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage, l'auteur étudie avec attention les procédés d'anesthésie locale qui doivent être employés et cherche à prouver que l'on peut obtenir une analgésie complète avec les moyens que nous possédons actuellement.

Le 1[er] chapitre est consacré aux réfrigérants et surtout au chlorure de méthyle ; on y trouve des détails sur la façon de les employer. L'auteur étudie ensuite les mélanges de ces deux corps ; il examine sur quelles propriétés physiques reposent ces mélanges, qui sont au nombre de deux actuellement : le coryl, le premier en date, créé par MM. Joubert et Cie, et l'anesthyle, beaucoup plus récent, inventé par le D[r] Bengué.

Le D[r] Sauvez consacre entièrement le chapitre suivant au coryl, à ses propriétés physiques, chimiques, à l'historique de la question, aux instruments nécessaires pour l'employer, et décrit minutieusement le mode d'emploi de cet anesthésique, ses difficultés d'application, ses indications et contre-indications ; il s'en déclare en résumé grand partisan et donne 25 observations personnelles.

Le 3[e] et le 4[e] chapitre sont réservés à l'anesthésie locale par les injections de solutions aqueuses de chlorhydrate de cocaïne. L'auteur étudie successivement les instruments, la manière de les désinfecter, la façon de faire la solution, la dose (*un centigramme*) qu'il emploie, et entre dans des détails très précis sur le manuel opératoire de l'injection ; il examine les moyens de remédier aux difficultés que l'on rencontre dans la pratique (gencive fongueuse, périostite, abcès, fistule, emplacement de la dent).

Après avoir fait ensuite une étude complète sur l'action physiologique de la cocaïne, que l'on considère aujourd'hui, non plus comme un curare sensitif, mais comme un anesthésique général, et discuté point par point les conditions de toxicité de ce médicament, il examine son action anesthésique et les conditions qu'il faut remplir pour obtenir une bonne analgésie dans l'extraction des dents.

Il conclut en montrant que les conditions de non toxicité et les conditions de bonne anesthésie marchent de pair, et termine par un chapitre dans lequel il donne les indications du coryl et de la cocaïne employés isolement ou associés (méthode mixte).

Ce travail, très long pour une thèse, et tout d'actualité, est intéressant par les indications pratiques précises et absolument personnelles dont il fourmille ; l'auteur entre dans les détails de manuel

opératoire les plus minutieux, surtout au sujet du coryl et de la cocaïne, et montre toute leur importance.

Les praticiens y trouveront bien des points peu connus, et ceux qui sont encore peu familiarisés avec les nouveaux procédés d'anesthésie arriveront certainement à obtenir d'excellents résultats dans leur pratique en se conformant à la lettre aux différentes parties du manuel opératoire indiquées par le docteur Sauvez.

En un mot, cette thèse mérite absolument la note *Très satisfait* que les membres du jury ont donnée à notre jeune professeur suppléant, et nous sommes heureux d'enregistrer ce succès pour un des membres de notre Ecole.

NOUVELLES

Les nouveaux bâtiments et les nouveaux laboratoires de l'Ecole dentaire de *Guy's Hospital* ont été inaugurés le 17 juillet. Ils conviennent merveilleusement au but pour lequel ils ont été érigés et permettront de donner un grand développement à l'enseignement pratique.

La cérémonie, qui était présidée par M. John Lubbock, membre du Parlement, a été suivie de la distribution des prix aux étudiants.

LE CONGRÈS DE CHICAGO

A l'heure où paraîtront ces lignes, le Congrès dentaire de Chicago aura tenu ses assises, puisqu'il est fixé du 14 au 19 août. L'ouverture devait avoir lieu dans le *Memorial art Palace*, le 14. Les matinées des 15, 16, 17 et 18 ont été consacrées aux démonstrations pratiques, les après-midi aux travaux des sections (au nombre de 8), tandis que chaque jour une séance commune réunissait tous les membres dans la grande salle du Congrès.

Pour les 15 et 16 août, à 8 heures du soir, des démonstrations de bactériologie et d'histologie avec des microscopes géants étaient annoncées, et pour le 17 au soir une grande séance publique à laquelle assisteraient les bureaux de tous les Congrès.

Nous venons de recevoir le premier numéro d'un nouveau journal dentaire publié à San-Francisco sous la direction du Dr Jos. D. Hodgen et le titre de *The Pacific Coast Dentist*. Le choix et le nombre des articles originaux qu'il contient permettent de présager un brillant avenir à notre nouveau confrère, auquel nous adressons tous nos souhaits de prospérité.

LE CONGRÈS DE ROME

Les bruits les plus contradictoires continuent à circuler au sujet du Congrès de Rome. D'après une dépêche adressée à un journal

politique quotidien, il serait ajourné au mois d'avril 1894, à cause du choléra qui sévit en ce moment dans cette capitale. Nous n'avons pu vérifier l'exactitude de cette assertion.

Un journal professionnel italien, *Il Progresso dentistico*, publie également un ordre du jour du Comité exécutif du Congrès décidant d'ajourner celui-ci à l'époque susmentionnée.

Enfin le journal politique en question, dans son numéro du 18 août, donne la composition de la délégation chargée par le Gouvernement français de représenter la France au Congrès qui se tiendra *du 24 septembre prochain au* 1[er] *octobre*. Il est donc impossible de rien dire de positif à cet égard.

LES ÉLÈVES DES ÉCOLES DENTAIRES

Le décret du 25 juillet 1893 donne satisfaction à la plupart des vœux formulés par l'Ecole et les dentistes, sauf sur un point.

Nous avions demandé, en effet, que les élèves des écoles dentaires reconnues d'utilité publique, en cours d'études au moment de la promulgation du décret, fussent admis à profiter des dispositions transitoires. Mais le décret était muet à cet égard.

Le Conseil de Direction de l'Ecole, justement soucieux des engagements pris et de la situation faite à ses élèves, a délégué son Directeur, M. Poinsot, pour faire les démarches nécessaires auprès du Conseil d'enseignement supérieur.

Nous sommes heureux d'apprendre que M. le Directeur vient de recevoir l'assurance formelle du doyen de la Faculté qu'il sera fait droit à sa demande, soit individuellement, soit par circulaire.

C'est une nouvelle preuve des bonnes dispositions du Conseil d'enseignement supérieur vis-à-vis des écoles dentaires et nous devons remercier une fois de plus M. Brouardel d'avoir bien voulu plaider près de lui cette cause intéressante.

C'est aussi un nouveau succès pour la commission de réglementation représentée avec tant de dévouement et d'activité par M. Poinsot.

La Rédaction.

SOUSCRIPTION POUR LE MONUMENT THOMAS

6[e] *Liste :*

A. Plessis, Paris		5 fr.
D[r] Mouton, Le Sap (Orne)		5
Jeanne et Henri Plessis, Paris		5
Lallemand, pharmacien	—	50
Quincerot,	—	5
D[r] Deny, méd. des hôp.	—	20
M. Dugit,	—	5
Total		95 fr.
Listes précédentes		4000 fr.
Ensemble		4095 fr.

AVIS

Le fonctionnement de l'Ecole dentaire de Paris n'est changé en aucune façon par le décret du 25 juillet dernier relatif à la réglementation de l'exercice de l'art dentaire.

L'enseignement théorique qui y est donné ne pourra être modifié qu'au jour où paraîtra le décret complémentaire établissant les détails du programme officiel.

Francis Jean,
Secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris.

L'ENSEIGNEMENT A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Le décret relatif à la réglementation des dentistes en France, paru le 26 juillet 1893 dans le *Journal officiel*, faisait un devoir à l'Ecole dentaire de Paris, toujours soucieuse des intérêts professionnels, de s'occuper de l'enseignement des dentistes ; aussi a-t-elle organisé des cours préparatoires qu'auront à subir, en vertu des dispositions transitoires :

1° Les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ;

2° Les dentistes de nationalité française inscrits à ce rôle antérieurement au 1er janvier 1889 ;

3° Les dentistes pourvus antérieurement au 1er novembre 1893 d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France à la date du décret.

Le Conseil d'Administratton de l'Ecole avait nommé une commission, chargée d'organiser cet enseignement préparatoire.

M. le Dr Sauvez, secrétaire de cette commission, composée de MM. Poinsot, président, Gillard, Lemerle, Sauvez, Touchard, a présenté le projet de règlement d'organisation, le 19 septembre, au Conseil d'Administration de l'Ecole, et les mesures suivantes ont été adoptées :

Article I. — A partir du 15 octobre 1893, deux cours préparatoires au 1er examen, portant sur les éléments d'anatomie et de physiogie et sur l'anatomie et la physiologie spéciales de la bouche, seront faits à l'Ecole dentaire par M. le Dr Pinet. Ces deux cours forment un total de 40 leçons environ et seront terminés vers le 15 mars 1894.

Ces 40 leçons seront faites à raison de deux heures par semaine.

Article II. — Le cours d'anatomie dentaire fait pour les élèves de 3e année de l'Ecole sera suivi également par les élèves dentistes patentés en 1892 et non diplômés.

Ce cours sera fait par M. le Dr Sauvez. Il sera terminé en 15 leçons environ.

Article III. — A partir du 15 octobre 1893, cinq cours préparatoires au 2e examen seront faits à l'Ecole dentaire.

Article IV. — Ces cours porteront sur :

1° La pathologie spéciale. — Dr Sébileau, professeur agrégé à la Faculté, ex-prosecteur des hôpitaux, professeur à l'Ecole dentaire.

2° La pathologie générale. — Dr Isch-Wall, ex-interne des hôpitaux, professeur à l'Ecole dentaire.

3° La pathologie dentaire. — Frey, interne des hôpitaux de Paris, chargé de cours à l'Ecole dentaire.

4° La thérapeutique. — Dr Marié, docteur ès-sciences, pharmacien de 1re classe, professeur à l'Ecole dentaire.

5° L'anesthésie. — Dr Sauvez, professeur-suppléant à l'Ecole dentaire.

Ils auront lieu de 9 heures à 10 heures dans la grande salle d'opérations.

Chacun de ces cinq cours comprendra environ de 20 à 25 leçons et tous les cours seront terminés vers le 15 mars 1894.

Article V. — Indépendamment des 5 cours oraux, il est institué uniquement pour la préparation au 2e examen, pour les élèves de province et tous les dentistes qui s'inscriront, une série de 5 cours écrits, c'est-à-dire que chacun des 5 professeurs précédents s'engage à rédiger chacune de ses leçons orales qui sera envoyée à tous ceux qui en feront la demande.

Article VI. — Les élèves doivent s'inscrire soit pour la préparation au 1er examen, soit pour la préparation au 2e, pour tous les cours oraux.

Pour les cours écrits, ils sont libres de s'inscrire séparément pour tel ou tel cours, ou pour les 5 cours simultanément.

Article VII. — Il s'engagent, en s'inscrivant, à acquitter les droits établis par les art. 11, 12, 13 du présent règlement, soit d'avance, soit la moitié entre le 15 et le 30 octobre, l'autre moitié entre le 15 et le 31 décembre 1893.

Droits.

Article VIII. — Les droits perçus par l'Ecole pour les trois cours préparatoires au 1er examen sont de 150 fr.

Article IX. — Les droits perçus par l'Ecole pour les cinq cours oraux préparatoires au 2e examen sont de :

300 fr. pour les dentistes diplômés ou actuellement élèves de l'Ecole dentaire de Paris ;

350 fr. pour les autres dentistes.

Article X. — Les droits perçus par l'Ecole pour les cours préparatoires au 2e examen sont de :

1° 400 fr. pour les 5 cours ou 80 fr. par cours ou 5 fr. par leçon	Pour les élèves qui ne sont pas inscrits dans la série des cours oraux.
2° 200 fr. pour les 5 cours ou 40 fr. par cours ou 2 fr. 50 par leçon	Pour les élèves qui sont inscrits dans la série des cours oraux.

Nous ne saurions trop engager nos confrères à profiter de cet enseignement qui donne, comme on le voit, à tous les dentistes de Paris et de province de grandes facilités pour obtenir le diplôme d'Etat.

Les cours sont organisés de façon à être terminés lors du commencement des examens à la Faculté.

Les programmes des cours, *soumis préalablement à l'approbation des pouvoirs publics*, donnent aux élèves l'assurance d'être bien guidés dans l'enseignement et les mettront à même d'obtenir le diplôme d'Etat d'une façon certaine.

Le système des cours écrits envoyés aux élèves de Province et que pourront se procurer également les élèves de Paris permet à tous de suivre les cours, soit de loin, et nous ne saurions trop insister sur l'importance de cette disposition. Tous ceux qui, en raison de leurs affaires ou de leur situation éloignée, ne pourront suivre les cours oraux d'une façon assidue auront la facilité de se procurer les leçons auxquelles ils n'auront pu assister, rédigées par le professeur lui-même.

Les dentistes des grandes villes de province pourront profiter de cet enseignement et les premiers qui seront pourvus du diplôme d'Etat seront naturellement les mieux placés pour obtenir des places dans les Facultés et Ecoles de médecine où l'enseignement dentaire pourra être organisé.

Enfin nous engageons nos confrères, dans leur intérêt, à se présenter dans les débuts de la création de ces examens. Il est nécessaire que, au commencement de l'entrée en vigueur de la loi, le public puisse trouver un nombre suffisant de dentistes diplômés pour les extractions sans douleur, par exemple.

Dans les premières séries d'examens les juges ne seront vraisemblablement pas très sévères, et ce n'est que peu après que le niveau du diplôme de chirurgien-dentiste augmentera pour devenir, comme dans tous les examens, de plus en plus élevé.

On peut s'inscrire directement à l'Ecole dentaire de Paris.

Adresser toutes les lettres au sujet de cet enseignement au docteur Sauvez, secrétaire de la commission médicale de l'Enseignement préparatoire, à l'Ecole dentaire, 57, rue Rochechouart.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DE LA COCAINE

Communication faite au Congrès de Chicago

Par M. G. Viau

Professeur de Clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

I

Si nous laissons de côté les légendes du temps des Incas, nous verrons que les chimistes ont, les premiers, attiré l'attention du monde savant sur les principes immédiats de l'*érythroxylon coca*, que les médecins ont ensuite essayé de tirer profit de la plante, au point de vue thérapeutique, que les physiologistes ont cherché comment l'alcaloïde agit sur les organes et les tissus dans différentes espèces animales. Nous verrons que, se basant sur ces recherches, d'autres praticiens sont arrivés à tirer parti de ces propriétés anesthésiques pour certaines opérations et que les dentistes ont profité des expériences et des recherches antérieures pour essayer, à leur tour, le problème si ardu de l'anesthésie locale persistante et inoffensive.

Parmi les nombreux travaux publiés sur ce sujet, il faut signaler comme le plus ancien celui de Unanié, imprimé dès l'année 1794.

En 1853, Wedel signalait la présence dans les feuilles de coca d'un alcaloïde, isolé deux ans plus tard par Gardeke, qui l'appela *érythroxyline*. En 1857, Samuel Percy (de New-York) isole à son tour le principe actif de l'érythroxyline et démontre que son chlorhydrate insensibilise la muqueuse linguale. Ces recherches attirèrent peu l'attention jusqu'en 1860. Cette année-là, Niemann isole à nouveau l'alcaloïde et lui donne le nom de *cocaïne* qui lui est resté.

Cette base cristallise en prismes rhomboïdaux obliques incolores, inodores, peu solubles dans l'eau, plus solubles dans l'alcool, très solubles dans l'éther.

Elle donne des sels qui cristallisent difficilement, excepté le chlorhydrate. Cette action des acides sur la cocaïne est complexe, car, d'après Lossen, l'acide chlorhydrique peut la dédoubler en acide benzoïque et en *ecgonine*, avec laquelle il forme un chlorhydrate [1]. Ces faits expliquent pourquoi on ne peut obtenir la cocaïne en traitant les feuilles par les acides (Rabuteau).

En réalité les feuilles de coca contiennent :

1° Une cocaïne cristallisée, celle qui est employée ;

2° Une cocaïne amorphe, neutre, inactive ;

1. *Annales de Physique et de Chimie*, 1862, t. V, p. 482.

3° Une cocaïne liquide, toxique, à action convulsivante (Laborde) [1].

Lossen, poussant un peu plus loin cette étude, donna pour formule à la cocaïne $C^{17}H^{21}AzO^{4}$; il fit remarquer qu'à doses faibles, elle agit sur les grenouilles comme la théine, tandis qu'à doses plus élevées elle tétanise les muscles et paralyse les nerfs sensitifs et les colonnes postérieures de la moelle. En même temps, Wöhler découvre une autre substance, l'*hygrine*, dans les feuilles de coca. Niemann obtient des résultats analogues à ceux des précédentes observations. En 1862, Schroff s'occupe de déterminer l'action physiologique de l'alcaloïde récemment découvert, puis vient Moreno y Maïs, qui expérimente avec un de ses sels, l'acétate [2]. Après en avoir injecté 5 à 15 milligr. sous la peau des grenouilles, il note : 1° une période d'excitation motrice ; 2° une accélération cardio-pulmonaire avec mydriase, paralysie des muscles volontaires et exagération des réflexes [3].

Les médecins tinrent peu compte à ce moment des expériences. Ils s'intéressèrent d'abord à la plante elle-même.

Peu d'années après la découverte du Pérou, le voyageur italien Girolano Benzoni, l'ayant fait connaître en Europe, avait parlé des vertus merveilleuses que lui attribuaient les naturels de l'Amérique du Sud ; elle permettait de résister à la faim, au froid, calmait la douleur, etc. Les médecins, absorbés tout entiers par leur culte de l'antiquité, n'accordèrent qu'une médiocre créance à ces récits et ne songèrent pas à utiliser la plante du nouveau continent.

A notre époque on a tiré parti surtout de ses propriétés stimulantes, astringentes et anesthésiques. Demarle notait à titre de curiosité la disparition plus ou moins longue du goût lorsqu'on a mâché les feuilles de coca [4]. Mantegazza les regardait comme un stimulant du système nerveux [5], et Gazeau, un des premiers qui l'ait employée dans les affections dans la bouche, l'administrait plutôt comme un modificateur local de la nutrition que comme un calmant [6]. C'est probablement M. Fauvel qui a le premier conseillé l'emploi de solutions aqueuses des feuilles de coca dans l'angine glanduleuse comme anesthésique [7].

Peu après, le Dr G. Coupard recommanda les badigeonnages à la macération de feuilles de coca comme calmants dans les cas de phtisie laryngée [8].

A partir de 1879, des recherches sur l'action physiologique de la cocaïne furent entreprises d'une façon suivie. Les premières furent faites dans le laboratoire de Rossbach, à Würzbourg, par von

---

1. Duquesnel, *Mém. soc. biol.*, 1884-1885.
2. *Recherches chimiques et physiologiques sur l'érythroxylon coca.* Th de Doct. Buenos-Ayres, 1875.
3. Th. de Paris, 1868.
4. Th. de Paris, 1862.
5. *Sulle virtù igienniche e medicinale della coca*, Milano, 1859.
6. Th. Paris, 1870.
7. *Gaz. des hôpitaux*, 10 et 12 mai 1877.
8. *Tribune médicale*, n° 732, oct. 1881.

Anrep[1]. Ce consciencieux observateur reconnut, à la suite d'expériences pratiquées sur lui-même, que l'injection sous-cutanée d'une certaine quantité produit une anesthésie complète sur une zone peu étendue. Les injections furent faites à l'avant-bras et à la langue. Le mémoire de von Anrep marque une nouvelle phase dans l'histoire de la cocaïne. Les conclusions furent adoptées d'un côté, rejetées d'un autre, mais elles servirent de base à toute une autre catégorie de travaux. Les plus remarquables qui aient été faits chez nous sont ceux de MM. Vulpian, Laborde, Grasset, Arloing, Laffont, Richet et Langlois ; nous aurons l'occasion de résumer leurs conclusions.

Une communication de M. K. Köller à la Société impériale et royale de médecine de Vienne fit, pour l'adoption en clinique, ce qu'avaient fait les expériences de von Anrep pour les recherches physiologiques. Comme cet auteur enregistrait des résultats plus objectifs et plus pratiques, on s'en occupa plus vite et on y attacha une importance beaucoup plus grande qu'à ceux du laboratoire de Würzbourg. Comme l'a fait remarquer Rossbach[2], c'étaient probablement eux qui avaient conduit Köller à l'emploi de la cocaïne en oculistique. Il déclara, du reste, en termes explicites, dans la première communication, que c'est à cause de l'action anesthésique bien connue des badigeonnages de cocaïne sur la langue qu'il a eu l'idée de s'en servir pour l'œil[3].

Son travail arrivait au bon moment : les documents dont nous avons cité les principaux, communications, discussions aux sociétés savantes, articles publiés un peu partout dans les journaux de médecine, avaient amené le public à l'idée que la cocaïne était capable de rendre beaucoup plus de services qu'elle n'en avait rendu jusqu'alors. M. Köller répondit aux questions que chacun formulait en déclarant et démontrant que c'était le meilleur et le plus sûr des anesthésiques locaux applicables sur la conjonctive oculaire. Tous les spécialistes médicaux qui ont eu affaire aux muqueuses s'efforcèrent de tirer parti de cette notion. La communication avait été faite le 17 octobre 1884. Dans les publications périodiques des deux derniers mois de l'année, on trouverait une quantité respectable d'articles tendant à démontrer que la cocaïne peut être utile en laryngologie, en otologie, en gynécologie, etc.

Les dentistes ne furent pas les derniers à s'engager dans la voie que l'on venait d'ouvrir. On les trouve expérimentant à l'origine tous les modes d'anesthésie, qu'il s'agisse d'éther, de protoxyde d'azote, de cocaïne, de chlorure de méthyle, d'éthyle, etc., et cette intervention s'explique par la nature même de leur art. Ni la science, ni les études, ni les spéculations générales ne valent la nécessité pour conduire aux découvertes.

A toutes les heures de leur vie professionnelle, les dentistes doi-

1. *Pflüger's Archiv.*. Bol. 21, p. 47.
2. *Cocaïn als örtliches Anästhesicum Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 50, p. 802 ; 1884.
3. *Sitzungsber. der K. K. Gesellschaft d. Aerzte in Wien*, 17 octobre 1884.

vent compter avec la douleur. On a beau rejeter l'avulsion dans la petite chirurgie et déclarer que c'est une opération sans importance, les patients ne sont guère touchés de ce raisonnement. La douleur allonge les opérations, augmente leur difficulté, rend parfois extrêmement laborieuses des interventions insignifiantes, telles que le nettoyage et la préparation d'une carie limitée, à plus forte raison l'alvulsion.

Les physiologistes qui avaient expérimenté sur eux-mêmes s'étaient aperçus que l'injection sous-cutanée produisait une zone peu étendue d'anesthésie complète. Depuis Köller, l'action produite par le badigeonnage des muqueuses était connue : on avait tiré depuis longtemps des effets anesthésiques des feuilles de coca dans un certain nombre d'affections bucco-pharyngées ; l'adoption méthodique et raisonnée de la cocaïne en chirurgie dentaire était donc imminente. Il est à peu près impossible de savoir au juste quel fut le praticien qui l'employa le premier. Vers la fin de l'année 1884, un Américain, Robert Hall, se fit à lui-même une injection de cocaïne dans l'épaisseur de la joue pour faciliter une intervention chirurgicale. L'opération fut à peu près indolore. La relation fut publiée vers la fin de l'année [1]. A la même époque deux de ses compatriotes, Weld et Shears, proposèrent de s'en servir régulièrement pour l'enlèvement du tartre et pour calmer les douleurs produites par l'exposition de la pulpe. Après avoir nettoyé à l'alcool la gencive, on faisait un badigeonnage à la solution de cocaïne ; un petit tampon trempé dans la même solution était introduit dans la cavité de la dent à pulpe dénudée ; plusieurs fois même Shears fit des badigeonnages répétés de la gencive (deux fois en cinq minutes), immédiatement avant l'extraction, et celle-ci fut presque indolore. Horton obtint les mêmes résultats en injectant quelques gouttes d'une solution à 4 0/0 dans une cavité de carie [2].

Bientôt un dentiste de Vienne, Hillischer, reprit ces expériences avec plus de suite. Il déclara que ses recherches personnelles lui avaient démontré que la cocaïne était inoffensive et qu'elle donnait une anesthésie suffisante pour l'extraction. Cependant son procédé d'application était encore un peu primitif : il faisait des badigeonnages de la gencive en introduisant dans la cavité de la dent à enlever du chlorhydrate de cocaïne pulvérisé [3].

Un dentiste anglais, Morghans Hughes, employa de la même manière des tampons de ouate trempés dans une solution à 10 0/0, qu'il introduisait dans les cavités pour calmer les accès d'odontalgie [4].

Un peu plus tard, dans le cours de l'année 1886, Georges Andina proposa de faire précéder l'extraction des dents de l'injection de 50 centigrammes d'une solution à 15 0/0 de chlorhydrate de cocaïne, ce qui faisait 75 milligrammes de sel, dose notablement plus élevée

1. *New-York Med. journal*, décembre 1884.
2. *New-York Med. Record*, déc. 1884, p. 657.
3. *Wien Med. Wochenschr.* 1885, n° 2, p. 39.
4. *Brit. Med. journal*, 1885. p. 1253.

que celle qu'on emploie aujourd'hui. Une moitié était introduite sous la muqueuse, une autre à l'intérieur de l'alvéole. L'auteur terminait sa courte note par les conclusions suivantes :

1° La cocaïne est un anesthésique puissant pour les avulsions dentaires, qu'il rend presque toujours absolument indolores ;

2° La dose moyenne de 7 centigrammes ne présente aucun danger ; les seuls effets désagréables qui se sont produits sont des nausées avec lourdeur de tête, qui cessent presque toujours après l'extraction [1].

Dès l'année 1884, à la séance de novembre de la Société d'Odontologie de Paris, le Dr David faisait part d'un premier essai heureux de badigeonnage au chlorhydrate de cocaïne pour anesthésier superficiellement la muqueuse buccale.

A la même séance, M. Poinsot déclara avoir essayé également la même substance, mais il lui semblait que les effets obtenus n'étaient pas supérieurs à ceux de solutions d'acide phénique. Il exprimait l'espoir qu'un jour on trouverait le moyen d'associer ces deux substances et qu'on obtiendrait ainsi un phénate de cocaïne.

A la même séance encore, le Dr Aguilhon de Sarran formulait des doutes sur l'efficacité de ce nouvel anesthésique, qui, suivant lui, ne devait son action qu'à l'acide chlorhydrique contenu dans le chlorhydrate !

En 1887, M. Poinsot proposa d'employer l'alcaloïde lui-même dissous dans l'oléo-naphtine ou vaseline liquide et obtenait d'excellents résultats [2].

Je ne saurais avoir la prétention d'étudier l'historique complet de la question dans un article dont le cadre est forcément restreint, ni de citer les noms de tous ceux qui s'en sont occupés, non plus que les résultats exacts obtenus par eux ; j'ai essayé simplement de donner une idée exacte des tentatives multiples faites de différents côtés pendant les années qui précédèrent immédiatement l'adoption de la cocaïne en chirurgie dentaire.

En France, elles soulevèrent plus de défiance que d'enthousiasme. M. Dujardin-Beaumetz, se basant sur l'opinion de MM. Galippe et Magitot, décourageait les dentistes en leur déclarant formellement qu'ils n'avaient rien de bon à attendre de la cocaïne [3]. M. Cruet, rendant compte d'un article de M. Barker, de Brocklyn, paru dans un journal professionnel américain, l'*Independant practitioner*, et dans lequel ce confrère disait avoir obtenu des résultats satisfaisants en injectant la solution de cocaïne sous la gencive au niveau de la *rainure de la dent* (?), déclarait que les résultats étaient peu probants, que les badigeonnages des gencives, dont les effets restent superficiels, sont peu utiles parce que la douleur causée par l'extraction a une source profonde qui n'est pas atteinte par l'action anesthé-

1. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1886, n° 7, p. 440.
2. *Comptes-rendus du Congrès dentaire international de* 1889, Paris Lecrosnier, p. 180.
3. *Année médicale de Bourneville*, 1885.

sique ; qu'en somme la substance en question ne peut en aucune manière répondre au desideratum cherché par les dentistes.

On hésitait en France, en Angleterre, aux Etats-Unis, tandis qu'en Allemagne et en Autriche l'anesthésie par la cocaïne gagnait chaque jour du terrain. « J'ai fait 500 extractions en m'en servant, disait Sandré, de Vienne, et je n'ai jamais constaté que les effets ne se soient pas produits [1]. » Georges Bock, de Nuremberg, déclarait cet agent indispensable dans toutes les opérations buccales un peu longues, et cependant il avait eu un accident assez sérieux après l'injection de 6 centigr. de chlorhydrate (30 centigr. d'une solution à 20 0/0) [2]. J'ai réservé à dessein pour la fin le nom du praticien allemand qui a été l'un des premiers vulgarisateurs de la méthode et de ses défenseurs les plus convaincus, le Dr Ad. Witzel, d'Essen [3]. Il affirma hardiment, en s'appuyant sur une expérience personnelle très étendue, que la cocaïne était le moyen si longtemps cherché de supprimer la douleur dans l'extraction des dents [4].

J'ai dit, dans ma communication à la Société d'Odontologie, le 12 octobre 1886, et dans la brochure que je publiai peu de temps après [5], quels services m'avaient rendus les recherches de Witzel. Dans le cours des années 1884 et 1885, on fit à l'Ecole dentaire de Paris des tentatives comparables à celles que nous avons vues pour introduire les préparations de cocaïne en chirurgie dentaire. Le Dr Aubeau eut de bons résultats en appliquant localement des tampons de cocaïne imbibés dans une solution de 5 à 7 0/0 ; il essaya même les injections sous-gingivales, mais la dose employée étant trop faible, elles ne donnèrent à peu près rien. Depuis cette époque nous avons eu tous connaissance des remarquables résultats obtenus même en grande chirurgie par MM. Reclus et Isch-Wall [6].

Au mois de septembre 1886, M. Telschow, de Berlin, vint vulgariser à Paris la méthode de Witzel. Nous fûmes tous émerveillés de ses succès. Il est vrai qu'il y avait une ombre au tableau : sur huit malades anesthésiés par la cocaïne, deux présentèrent des troubles momentanément inquiétants. Nous fûmes obligés de conclure que la dose de 10 centigr. employée par M. Telschow était trop élevée, et c'est à la suite de cette constatation que je commençai les recherches dont je communiquai les résultats à la Société d'Odontologie le mois suivant. La modification que j'apportais à la méthode de Witzel consistait à diminuer notablement la dose de cocaïne injectée, tout en lui associant les propriétés anesthésiantes de l'acide phénique cristallisé. Il me sembla que le mélange ainsi obtenu était

1. *Die Cocaställe u. das Cocaïn. Wien.*, 1886.
2. *Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde*, 1886.
3. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1886, p. 92.
4. *Ueber Cocaïn-Anästhesie bei Operationen in der Mundhöhle.* Hagen, J. W., 1886, Vorträge.
5. *De l'anesthésie locale obtenue par les injections sous-gingivales de cocaïne et d'acide phénique*, Paris, Lecrosnier et Delahaye, 1886.
6. Reclus et Isch-Wall. *Revue de chir.*, 1889, p. 149. — *Gazette des Hôp.*, 1891 p. 182. — *Congrès français de chir.*, 1889, p. 422. — *Revue Scientif.*, 26 mars 1892.

bien un *phénate de cocaïne*[1]. Cette méthode a été étudiée et discutée, dès le lendemain du jour où je l'ai proposée, par M. Lagrange[2].

Depuis elle a été préconisée de nouveau et recommandée comme un des meilleurs moyens de prévenir les intoxications cocaïniques par un Américain, le Dr Isidor Gluck[3].

Le phénate de cocaïne a été recommandé aux États-Unis comme succédané du chlorhydrate. En Allemagne, il est employé aujourd'hui d'une façon courante.

II

Comme nous l'avons fait remarquer, la communication de Köller était arrivée au bon moment. Dès qu'elle fut connue en France, on se mit à étudier les propriétés du médicament préconisé, à entreprendre des expériences nouvelles ou à reprendre des expériences oubliées. C'est ce que fit, un des premiers, le Dr Laborde ; il avait été entretenu à différentes reprises par M. Coupard des propriétés anesthésiques des feuilles de coca et de leur utilité dans les affections ulcéreuses du pharynx et du larynx. Cet ingénieux praticien était même allé plus loin ; il avait commencé, à peu près vers la même époque que von Anrep, une série d'expériences qui ne furent malheureusement jamais terminées. « En 1880, dit M. Laborde, M. Coupard avait entrepris, avec un de ses amis, malheureusement enlevé par une mort prématurée, le docteur Bordereau, des expériences physiologiques à l'aide d'un sel de cocaïne préparé par eux-mêmes, le chlorhydrate.

» Nous possédons le résumé brut d'une de ces expériences, qui mérite d'autant plus d'être reproduite que ses résultats sont tout à fait caractéristiques de l'action des sels de cocaïne et qu'ils offrent une complète analogie avec ceux que nous a donnés depuis, à un degré supérieur d'intensité, il est vrai, le sulfate de cocaïne[4]. »

Le jour où M. Laborde fit sa première communication à la Société de biologie, Vulpian fit connaître à l'Académie des sciences le résultat de ses recherches sur le chlorhydrate de cocaïne[5].

Malgré les études nombreuses qui ont été faites en France et à l'étranger, il s'en faut de beaucoup que tous les points obscurs aient été élucidés. Nous ne saurions passer en revue même les travaux importants ; nous nous bornerons à indiquer les conclusions de quelques-uns.

Pour étudier l'action de la cocaïne sur les tissus et sur les organes, les physiologistes ont interprété les phénomènes observés dans ses applications thérapeutiques ; ils ont expérimenté sur eux-mêmes, sur

---

1. *De l'anesthésie locale obtenue par les injections sous-gingivales de cocaïne et d'acide phénique*, Paris. Delahaye et Lecrosnier, 1886, p. 9.
2. *De l'anesthésie avec les injections phéniquées et cocaïnées en chirurgie dentaire* (*Bull. gén. de thér.* 30 déc. 1886).
3. *New-York med. Record*, 1889, t. I, p. 707.
4. *Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie*, séance du 22 novembre, p. 636.
5. *Comptes rendus*, t. XCIX, nos 20-21, p. 836-886, 1884.

des grenouilles, sur des lapins, des cobayes, des chiens et des singes. Il y a lieu de distinguer à cet égard des effets locaux et des effets généraux.

Tout le monde est à peu près fixé sur les effets locaux. Qu'elles soient appliquées en badigeonnages, injectées sous la peau ou dans la profondeur des tissus, les préparations de cocaïne produisent une analgésie complète en un temps variant de deux à trois minutes : elles paralysent les extrémités nerveuses sensitives, laissant intactes les fonctions de la continuité des nerfs.

Comme l'a dit M. Compain [1], elle porte sur tous les tissus au contact desquels la solution peut arriver.

« Les parties imprégnées peuvent être brûlées, coupées, dilacérées, le sujet n'accuse aucune douleur, mais la sensation de contact est conservée. Il y a donc analgésie et non anesthésie [2] » (Langlois). Ces phénomènes sont accompagnés de pâleur des téguments dans la zone correspondante, de telle sorte que certains observateurs croient pouvoir attribuer l'analgésie à une action vaso-constrictive de la cocaïne. Comme l'a fait remarquer justement Arloing, l'insensibilité de la cornée ne peut pas être attribuée à l'anémie de la région, car elle se produit après comme avant la section du sympathique cervical [3]. Il y a là une marche parallèle et non une relation de cause à effet. La cocaïne agit donc sur les terminaisons des nerfs sensitifs ; d'après Mosso, elle supprimerait également la capacité de conduction des nerfs moteurs [4]. Son action sur les muscles est variable : à dose faible ou moyenne, elle les paralyse, tandis que des doses élevées introduites rapidement dans le torrent circulatoire augmenteraient d'autant leur puissance de contractibilité, surtout s'ils sont fatigués (Mosso).

L'action générale est moins connue. Les phénomènes notés chez l'homme, à la suite de l'administration de doses trop élevées, sont la pâleur de la face, la tendance aux syncopes, l'agitation, la mydriase et l'analgésie générale. On les a rencontrés à un degré plus ou moins marqué chez les animaux. Nous avons étudié l'action de la cocaïne parallèlement avec la tropacocaïne sur les cobayes [5]. Chez le chien comme chez le lapin, l'injection intra-veineuse de 5 à 10 milligrammes par kilogramme de poids détermine une période d'excitation qui dure plus ou moins longtemps ; elle est précédée dans quelques cas d'une phase de stupeur très courte [6]. Chez le singe, M. Grasset a vu presque dès le début de violentes attaques épileptiformes [7]. Dans tous ces cas il y a une grande dilatation pupillaire ; c'est un des effets les plus constants de la cocaïne. Berthold a remarqué que, lorsque les instillations d'atropine ne peuvent plus augmenter la mydriase, la cocaïne l'exagère encore. Comment expliquer ces phénomènes ?

---

1. *Injections hypodermiques de chlorhydrate de cocaïne.* Th. de Paris, 1885.
2. *La Grande Encyclopédie*, art. Cocaïne.
3. *Lyon médical*, 1885, p. 79, 116.
4. *Pflüger's. Archiv*, t. XLVII, p. 553.
5. *Essais d'anesthésie locale en chirurgie dentaire au moyen de la tropacocaïne*, C. Pinet et G. Viau. Société d'Éditions scientifiques, 1893.
6. Beugnier-Corbeau. *Bulletin génér. de thérap.*, 30 déc. 1884, p. 529.
7. *Comptes rendus Acad. des Sciences*, t. C, n° 6, p. 364.

M. Laborde rattache les mouvements convulsifs au bulbe. Mosso rapporte tout aux cellules ganglionnaires de la moelle. Lorsque la cocaïne est mise en contact avec toutes les ramifications nerveuses et leurs terminaisons, la sensibilité persiste, dit-il, tant que le segment correspondant de la moelle n'est pas empoisonné. MM. von Anrep, Danini, Richet et Langlois ont vu les convulsions cesser après la section de la moelle. La mydriase et la propulsion du globe de l'œil tiennent à une action de la cocaïne sur le sympathique. M. Nikolsky fait remarquer que chez l'homme la cocaïne paraît exciter dès le début les centres psycho-moteurs.

La cocaïne, injectée sous la peau et surtout dans les veines, agit rapidement sur la pression intra-artérielle. Vulpian avait déjà remarqué qu'elle s'abaisse d'abord, pour se relever ensuite; il expliquait cette particularité par l'action déprimante exercée par la cocaïne sur le cœur. Von Anrep et Laborde ont remarqué qu'avec des doses faibles ou moyennes l'abaissement était précédé d'une courte période d'élévation. La même remarque a été faite par Berthold et Grünhague à la suite d'une série d'expériences sur la cocaïne [1].

On expliqua d'abord ces faits par l'excitation suivie d'une paralysie du sympathique. Berthold rapporte tout au centre vaso-moteur encéphalique; il appuie cette hypothèse sur ce fait que la section de la moelle supprime complètement la période d'élévation de la pression artérielle.

Il est probable cependant que la cocaïne exerce une action directe et immédiate sur le muscle cardiaque. Presque tous les physiologistes ont insisté sur la diminution précoce de la fréquence et de l'énergie des battements du cœur. M. Lafont a fait remarquer qu'elle marche pour ainsi dire de pair avec l'abaissement de la pression artérielle. Mosso insiste sur ce fait que le cœur est souvent arrêté avant que la conductibilité nerveuse sensitive et motrice soit complètement abolie. Ce savant compare l'action de la cocaïne à celle de la strychnine, il ne voit entre l'une et l'autre que des différences d'intensité.

Indépendamment de l'influence directe qu'elle exerce sur les éléments nerveux et musculaires, la cocaïne, comme le chloroforme, agirait sur le protoplasma de toutes les cellules de l'économie.

En admettant cette théorie, il est facile de s'expliquer son action sur les échanges organiques, d'après Testa [2].

Richet et Langlois ont insisté, comme Grasset, sur les oscillations thermiques chez les animaux cocaïnés. Au moment des convulsions tonico-cloniques caractéristiques de l'empoisonnement, la température rectale peut s'élever à 40, 44 et 45°. Il existe une relation manifeste entre les phénomènes musculaires et thermiques. On peut sauver l'animal en le refroidissant sous un jet d'eau froide ; en abaissant la température on voit les convulsions diminuer ou même cesser (Langlois).

---

1. *Centralb. f. med. Wissensch.* 1885, p. 146, 435-625.
2. *Il Morgagni.* April-Maggio, 1886, p. 259-265.

Des phénomènes variables et contradictoires ont été observés du côté du rein, soit chez l'homme, soit chez des animaux en expérience. Certains observateurs ont signalé, au cours d'accidents toxiques, une diurèse. Dans la plupart des cas on est en présence d'une anorexie qui dure plus ou moins longtemps suivant le degré de l'empoisonnement. Dans un cas rapporté par Bettelheim et sur lequel nous aurons l'occasion de revenir, la suppression des urines dura 16 heures. Le Dr Bignon, de Lima, a attaché à ces accidents une importance beaucoup plus grande que la plupart de ceux qui se sont occupés de la cocaïne. Pour lui, le danger principal tiendrait à son action sur le rein : en ralentissant ou en supprimant l'excrétion urinaire, on empêche l'élimination des produits d'oxydation. Si la quantité d'alcaloïde absorbée est suffisante, elle détermine des accidents urémiques rapidement mortels. Cette hypothèse explique assez bien les cas de perte de connaissance et de coma et une partie des convulsions notées dans ces conditions; il faut pourtant tenir compte de la rapidité avec laquelle ces phénomènes se montrent et de leur disparition presque immédiate après l'élimination de l'agent. M. Bignon déclare qu'ils disparaissent d'habitude au bout de deux à trois heures [1].

M. Reclus [2] disait tout dernièrement encore dans une de ses leçons cliniques : « Je n'ai jamais eu de ces alertes au cours de l'anesthésie par la cocaïne; on dit que les syncopes sont fréquentes; jamais je n'en ai observé, du moins lorsque le malade était dans le décubitus horizontal. Jamais je n'ai noté l'arrêt du cœur ou du poumon, et, pour prononcer le mot d'accident, je devrais me rejeter sur des troubles physiologiques si légers que, sans une observation minutieuse, ils passeraient sans doute inaperçus : tels sont, par exemple, les fourmillements au bout des doigts ou dans les orteils, ainsi que M. Quénu en a signalé et comme j'en ai vu quelquefois, et dernièrement encore chez une dame de 79 ans, que j'opérai d'une hernie étranglée. Ce que j'ai noté plus souvent, c'est une certaine excitation cérébrale, une loquacité, une expansion plus grandes, une tendance à l'attendrissement. Donc en me soumettant à des règles fixes et d'une observation fort simple, j'ai pu pratiquer plus de 2.250 opérations non seulement sans un cas de mort, mais sans même troubler l'équilibre physiologique de mes malades. »

N'oublions pas qu'il s'agit ici d'opérations chirurgicales et que les doses de cocaïne employées par M. Reclus sont beaucoup plus élevées que celles employées en art dentaire.

M. Pinet, dans son cours d'anesthésie clinique à l'Ecole dentaire de Paris, a formulé ainsi, d'après le remarquable traité d'anesthésie du Prof. Dastre, les propriétés physiologiques de la cocaïne :

« La cocaïne n'est pas un anesthésique général. L'anesthésie vraie peut se manifester, mais alors elle est l'expression de l'intoxication cocaïnique arrivée à sa période ultime. C'est donc un anesthésique local.

» Quant à son action sur l'organisme, elle peut se résumer ainsi :

---

1. *Bulletin général de thér.*, 1886, août 15, t. III, p. 121.
2. La *Semaine médicale*, 20 septembre 1893, p. 434.

la cocaïne est un curare sensitif. Le curare paralyse les terminaisons nerveuses motrices, ou, comme le dit Vulpian, fait une section physiologique des nerfs moteurs. La cocaïne, elle, paralyse les extrémités nerveuses sensitives. Ces deux substances n'agissent que sur les terminaisons des nerfs en en respectant le tronc, dont l'excitabilité peut cependant, sous l'influence de certaines doses, présenter un certain degré d'hyperexcitabilité. Cependant le curare diffère de la cocaïne en ce que le premier de ces agents paralyse les plexus nerveux vaso-constricteurs ; la cocaïne, au contraire, les *excite*. Cette formule, dit Dastre, contient l'explication de tous les phénomènes observés. »

La paralysie des terminaisons nerveuses sensitives explique l'analgésie, laquelle est tégumentaire, superficielle. Les différentes sensibilités pourront être atteintes ensemble ou individuellement et on pourra sentir le contact sans sentir la douleur. Avec un degré plus avancé de l'action de la cocaïne coïncide la disparition des sensibilités sensorielles, « la sensibilité auditive persistant la dernière » (Dastre, *loc. cit.*).

Mais cette paralysie sensitive généralisée ne survient pas la première en date dans l'intoxication ; l'excitation motrice la précède et on conçoit cette excitabilité motrice si l'on se rappelle que la cocaïne à certaine dose excite les troncs nerveux.

A ces deux grands faits s'en ajoute un autre d'une importance capitale, l'action vaso-motrice de la cocaïne. Celle-ci, en effet, détermine l'excitation du système vaso-constricteur. La connaissance de cette action explique un grand nombre des phénomènes cocaïniques, tels que : décoloration des muqueuses, pâleur de la face et des extrémités, état syncopal cérébral (anémie cérébrale), cardiaque (anémie par vaso-constriction des coronaires), etc.

De cette vaso-constriction résultent une augmentation de la pression artérielle et une accélération des battements cardiaques, ce qui explique pourquoi la cocaïne est nettement contre-indiquée chez les athéromateux, par exemple.

Quant à l'influence du pneumogastrique sur le cœur, elle est conservée ou même augmentée (Laborde).

Les filets vaso-constricteurs du sympathique ne sont pas seuls à être excités, le système entier peut subir l'action de la cocaïne (augmentation des mouvements péristaltiques de l'estomac et de l'intestin, dilatation de l'iris, propulsion du globe oculaire, ptyalisme).

La cocaïne accélère la respiration. La température centrale est augmentée, et, ainsi que le dit si bien le professeur Dastre, « le re- » froidissement que l'on constate en touchant la peau pâle et exsan- » gue du sujet est purement extérieur ».

« La production et la déperdition de chaleur sont augmentées. La cocaïne donne la fièvre » (Richet).

Telle est donc l'action physiologique de la cocaïne :

1° *Paralysie des extrémités nerveuses sensitives de la périphérie ;*
2° *Excitabilité possible, à certaine dose, des troncs nerveux ;*
3° *Excitation des vaso-constricteurs.*

Les contre-indications à l'emploi de la cocaïne résultent de ces données physiologiques; on ne l'emploiera donc pas :

Chez les grands nerveux;

Chez les anémiques à un certain degré;

Chez les aortiques, dans tous les cas;

Chez les individus dont le myocarde a fléchi, étant donné l'action vaso-constrictive possible des coronaires, que ce muscle soit atteint par suite d'une endocardite ou d'une péricardite.

On en rejettera absolument l'usage aussi chez les malades atteints d'angine de poitrine, même dans les formes légères, que cette affection soit causée par l'artérite des coronaires, la névralgie ou la névrite du plexus cardiaque. Il en sera de même pour les malades atteints d'affection des voies respiratoires à forme aiguë convulsive et pour les débilités.

Il y a lieu d'agir avec prudence vis-à-vis des timorés; la peur, comme la cocaïne, produit une action vaso-constrictive; dans ces conditions, l'administration de la cocaïne peut présenter des dangers contre lesquels il est bon d'être prévenu; dans des cas analogues toute intervention chirurgicale, même sans anesthésie, peut être contre-indiquée également. Du reste on a vu des syncopes mortelles résultant du seul fait de l'émotion. Le professeur Verneuil raconte qu'un enfant qu'il était sur le point d'opérer succomba brusquement au contact du dos de son bistouri sur les téguments du cou; pas une piqûre n'avait été faite, pas une goutte de chloroforme n'avait été inhalée!

Une syncope est particulièrement grave chez un cardiaque. Il est toujours indispensable de tenir compte de l'aspect général, d'interroger soigneusement le patient sur son état de santé antérieur, et, si l'on a des doutes, il ne faut pratiquer l'anesthésie que sur un avis motivé de son médecin habituel. Un examen extemporané et rapide fait par un médecin, si expérimenté qu'il soit, ne donne même pas toujours dans ces conditions les garanties nécessaires.

ACCIDENT DE DEUXIÈME DENTITION. ECCHYMOSES GINGIVALES

Par M. le Dr A. Buisseret.

Nous considérons comme banale la question des accidents de dentition en tant qu'il s'agit de nier ou d'affirmer leur existence. Tout dernièrement encore, à l'Académie de médecine de Paris, nous avons pu voir ce que des contradicteurs, parfois éloquents mais refusant de se rendre à l'évidence, peuvent imaginer d'intéressant ou de bizarre à ce propos.

Mais dès qu'il s'agit de faits indiscutables présentant, à notre sens, quelque intérêt, quelque utilité pour ceux qui souffrent, nous nous sentons moins indifférent et n'hésitons pas à intervenir.

Nous relaterons donc, sans grand préambule, ce que la clinique nous a permis d'observer de nouveau, d'inédit, croyons-nous, sur ce chapitre.

Le dimanche 17 octobre 1892 se présente à la clinique de l'Ecole la petite Thérèse D..., âgée de 7 ans et demi, de bonne constitution, de père et mère sains et vigoureux.

Elle nous fait remarquer sur tout l'espace compris extérieurement sur la gencive, entre l'incisive médiane supérieure gauche et la canine du même côté, une tache bleue presque noirâtre, non pulsatile, résistante sous la pression digitale. Quelques douleurs vives et fugitives se font ressentir en cet endroit depuis quelques jours, ce qui a attiré l'attention de la fillette qui s'en plaignit à sa mère.

Après nous être bien assuré que l'enfant n'avait subi aucun traumatisme pouvant justifier l'existence de cette ecchymose — car c'en était une — nous l'attribuâmes, quelque peu timidement, il est vrai, à la poussée congestive concomitante à l'éruption de l'incisive latérale supérieure gauche permanente, bien que la temporaire fût déjà tombée.

Nous n'hésitâmes nullement à inciser la poche kystique remplie de sang veineux et à y pratiquer de copieux lavages antiseptiques tièdes, séance tenante, à la clinique même. La petite malade revint le lendemain, n'ayant plus à se plaindre de la moindre douleur et uniquement, disait sa mère, pour nous remercier de notre utile intervention.

Six mois plus tard, le dimanche 14 mai, la même fillette revint à la clinique soumettre à nos regards exactement le même phénomène de l'autre côté et réclamer le même traitement que celui qu'elle avait subi antérieurement et qui lui avait si bien réussi, disait-elle.

Nous pûmes constater que l'incisive latérale supérieure gauche était bien en place, et la mère, sur notre demande, nous affirma que son éruption avait suivi de quelques jours seulement l'intervention première.

La reproduction si fidèle de cette particularité du côté opposé à propos de l'éruption de la dent homologue nous autorise à voir là, sans le moindre doute, une relation de cause à effet ; c'est pourquoi nous n'hésitons pas à signaler la formation possible d'ecchymoses gingivales étendues comme accident de 2[e] dentition et à recommander le traitement si simple que nous leur avons opposé, l'incision suivie de lavages antiseptiques tièdes.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO

RAPPORT

Adressé au Conseil de direction de l'École dentaire de Paris.

PAR M. J. BARRIÉ.

DÉLÉGUÉ DE L'ÉCOLE ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE, ACCRÉDITÉ PAR M. LE MINISTRE DU COMMERCE

Mes chers Confrères,

Je vous remercie infiniment de l'honneur que vous m'avez fait en m'envoyant à Chicago représenter l'Ecole dentaire de Paris et l'Association Générale des Dentistes de France. Cet honneur, ainsi que vous le savez, s'est trouvé en quelque sorte rehaussé par le caractère officiel dont la commission supérieure, nommée par M. le Ministre du Commerce dans le but d'assurer la participation de la France aux Congrès de l'exposition universelle de Chicago, avait investi votre délégué, en l'accréditant auprès des présidents de ces Congrès et auprès du président du Congrès dentaire en particulier.

Merci à tous ceux qui ont contribué moralement, par des communications pratiques et théoriques, pécuniairement, par leur participation à la souscription ouverte à cet effet, au succès de cette mission.

J'espère que mes efforts pour mériter votre confiance n'auront pas été stériles. La lourde tâche que vous m'avez confiée m'a été facilitée par l'accueil aimable et empressé de nos confrères d'Amérique ; je citerai en passant les noms des docteurs Harlan, Bonwill, O. Hunt, Brophy, Pruyn, C. Kirk, l'aimable éditeur du *Dental Cosmos*, enfin M. L. D. Shepard, l'honorable président du *World's Columbian Dental Congress*, et combien d'autres dont les noms m'échappent !

Parti du Havre le 29 juillet, à bord de la *Champagne*, je repris le chemin de la France à bord de la *Touraine*, le 26 août, et débarquai au Havre le 2 septembre.

Ma première visite à New-York fut pour le Consul général de France, M. le vicomte Paul d'Abzac. Notre représentant, chose fort excusable du reste, ignorait absolument l'existence de l'Ecole dentaire de Paris et le mouvement professionnel qui s'est produit en France pendant ces douze dernières années. J'ai conservé de notre entretien le meilleur souvenir.

De New-York, je me dirigeai sur Philadelphie, Washington et Chicago. Philadelphie est une ville très intéressante au point de vue professionnel : elle renferme la maison de fournitures pour dentistes la plus importante du monde entier, *The S. S. Withe Dental Manufacturing C°*, et l'un des plus anciens collèges dentaires, fondé en 1863. Je reviendrai à la fin de ce rapport et sur le collège et sur la maison en question, que j'ai visités à fond.

Washington, capitale de la Confédération américaine, est située sur le Potomac, à la jonction de l'Anacosta.

Chicago, la seconde ville des Etats-Unis, métropole commerciale et maritime du nord-ouest, à 912 milles de distance de New-York (1467 kilom. 408), est située sur les bords du lac Michigan et à l'embouchure de la rivière de Chicago. La ville de Chicago manque d'ombrage, mais la cité s'est réservé une ceinture de boulevards et de parcs : au nord, le parc Lincoln, c'est là qu'on a établi le jardin zoologique ; le parc Jackson occupe au sud un site correspondant à celui du parc Lincoln au nord.

Un autre parc remarquable est situé près du centre, au sud du port principal et de la bouche de la Chicago River, le lake Front.

Les rues, généralement mal entretenues, sont sillonnées de cars (tramways), d'elevated (chemins de fer élevés). La fumée vomie par quantité de cheminées d'usines et de locomotives produit une atmosphère sombre et enfumée; la chaleur est parfois excessive : 40 degrés centigrades ; les boissons glacées, la mauvaise cuisine soumettent l'estomac de l'Européen, et surtout celui du Français, à de dures épreuves. Chicago fut incendié les 8 et 9 octobre 1871, l'incendie le plus dévastateur des temps modernes : 17450 maisons disparurent dans ce désastre. Avec l'activité qui caractérise la nation américaine, la ville fut rebâtie comme par enchantement. Dans les quartiers commerçants se trouvent des constructions monumentales de 15 à 20 étages dont les plus remarquables sont : le Masonic Temple, dans lequel est situé le cabinet du Dr Harlan, le Rookery Building et l'Auditorium, hôtel immense, pouvant loger des milliers de voyageurs et renfermant un théâtre qui contient 8000 places.

C'est dans cette ville qu'à l'occasion de la *World's Columbian Fair*, se tint du 14 au 19 août le *World's Columbian Dental Congress*.

1072 dentistes de toutes les parties du monde se rendirent à l'invitation du Comité exécutif.

Réception par les dentistes de Chicago

Les dentistes de Chicago commencèrent par recevoir leurs confrères le samedi soir 12 août. L'invitation lancée à ceux-ci par les Sociétés dentaires de Chicago réunies était libellée ainsi :

> La Société dentaire de Chicago, le Club dentaire de Chicago, la Société odontologique de Chicago, la Société odontographique, la Société dentaire Atkinson et la Société dentaire Hadyn, vous invitent à une réception en l'honneur du bureau et des membres du Congrès dentaire international de l'Association dentaire américaine, de l'Association dentaire du Sud, de l'Association nationale des Facultés dentaires et de la Fraternité Delta Sigma Delta, qui aura lieu le samedi soir, 12 août 1893, de 8 heures à 11 heures.

Cette soirée eut lieu chez Kinsley, Adam Street.

Le Columbia Dental Club

Le *Columbia Dental Club* (Cercle dentaire colombien) avait été choisi pour centre de ralliement des visiteurs. Chaque dentiste assis-

tant au Congrès devait donner son nom et son adresse au Club afin qu'on pût le trouver quand on en avait besoin. Outre les commodités ordinaires des cercles, qui ne sont pas peu nombreuses, le *Columbia Club* était le centre des renseignements de toute nature touchant le Congrès. Les membres du bureau exécutif du Congrès y étaient facilement accessibles et il était le quartier général du comité d'inscription jusqu'au 14 août, transféré alors dans le Palais des arts où l'on délivrait les pièces préliminaires conférant l'admission au Congrès. Chaque dentiste faisait bien de se rendre au Club, 300 Michigan Avenue, pendant la semaine du Congrès, surtout le soir, pour ajouter au caractère social et fraternel de cette grande réunion, en faisant connaissance avec ceux qui y assistaient.

J'eus le regret d'y constater l'absence du journal l'*Odontologie*, alors que tous les journaux professionnels avaient été envoyés au Cercle.

PREMIER JOUR

Réunion générale.

L'assemblée fut ouverte par le Dr W. W. Walker, président du Comité exécutif, qui présenta l'honorable C. C. Bonney, président du comité auxiliaire du Congrès international.

Le Dr J. Taft demanda la bénédiction divine sur les travaux du Congrès.

Le Président Bonney prononça l'allocution suivante :

La science et la pratique de l'art dentaire représentent de la manière la plus remarquable un des mouvements les plus importants de notre époque : la spécialisation des recherches scientifiques. Le champ ancien des recherches et des applications était si étroit que le chercheur et le praticien le connaissaient aisément en se figurant à peine, il est vrai, l'importance et l'étendue des diverses branches sur lesquelles, quand les circonstances le voulaient, il portait sa main à demi formée. Tout cela a été changé par le développement merveilleux de la civilisation moderne. L'horizon scientifique auquel on parvient a été élevé et étendu tellement que, seule, une lunette très puissante peut suivre ses limites. Dans l'évolution rapide du développement des arts et des sciences, le grand travail de différenciation logique et coordonnée a marché de l'avant, en subdivisant les recherches professionnelles et autres, jusqu'au point que celui qui veut avoir maintenant la confiance de ses confrères et du public doit posséder plus qu'une connaissance générale de la branche dans laquelle il s'est engagé. C'est indispensable, cela, mais ce n'est pas suffisant. Ce n'est pas au médecin et au chirurgien qui font de la médecine et de la chirurgie générales qu'on peut se fier pour connaître exactement le mécanisme de l'œil et de l'oreille ou les relations délicates des dents. Une vie tout entière peut y être consacrée et les plus hautes capacités, ainsi que les connaissances les plus vastes, peuvent être exercées dans leur champ. L'arracheur de dents d'autrefois, avec le nom qui lui convient admirablement, est devenu une espèce éteinte et, à sa place, nous trouvons le docteur actuel en chirurgie dentaire, accompli, savant, habile, familier avec l'anatomie, l'histologie, l'étiologie, la pathologie, la bactériologie, la chimie et la métallurgie aussi bien qu'avec les opérations pratiques de son art.

En vous souhaitant la bienvenue à ce Congrès, je vous félicite de l'admirable programme dressé par le Comité d'organisation et du caractère international des communications qui seront présentées. L'Allemagne, l'Autriche, l'Ecosse, l'Arménie, la Grèce, la Finlande, la Norwège, l'Angleterre et d'autres pays s'unissent aux Etats américains dans ce Congrès. Puisse-t-il réaliser votre attente et produire abondamment les résultats les plus satisfaisants ! L'organisation de ce Congrès est personnifiée par le Dr W. W. Walker, président, qui va vous être présenté comme représentant non seulement le Comité général, mais encore le Comité auxiliaire du Congrès avec la coopération duquel le Congrès a été constitué. J'ai le plaisir de vous présenter le Dr Walker.

Le Dr W. W. Walker prit alors la parole en ces termes :

Après la remarque très flatteuse et la bienvenue très cordiale de notre estimable ami, président du Comité du Congrès auxiliaire, l'honorable C. C. Bonney, il est à peine besoin que je repasse en revue à présent ce qui a été dit si souvent aux dentistes renommés du monde par le Comité exécutif dans des circulaires, dans les journaux dentaires et autres, relativement à la naissance et à l'organisation du Congrès dentaire international américain. Il suffira de rappeler que ce fut la résolution commune des deux Sociétés les plus marquantes d'Amérique, l'Association dentaire du Sud et l'Association dentaire américaine, qu'un Comité exécutif de quinze membres organisât un Congrès dentaire dans cette ville, à cette date, et que son action serait définitive.

Le Comité exécutif n'a fait que ce qu'il considérait de son devoir. Il a laissé de côté tout sentiment personnel, s'il en a jamais existé; nous avons travaillé la main dans la main, côte à côte, à accomplir pour notre profession d'élite ce qui la place où elle devrait si justement être placée, au premier rang des professions scientifiques du monde.

Dans l'accomplissement de cette tâche, il s'est présenté maints obstacles, mais le mot *insuccès* ne se trouve pas dans notre dictionnaire et, avec l'aide de ceux qui ont travaillé avec nous, le résultat a été obtenu.

Comme récompense de nos efforts, tout ce que nous demandons c'est que les membres des deux Sociétés et ceux du Congrès disent, quand il sera fini : « C'était bien fait, les organisateurs ont bien et fidèlement agi. »

J'ai l'honneur maintenant de vous présenter le président du Congrès dentaire international américain, le Dr L. D. Shepard, de Boston.

Le Président Shepard prononce les paroles suivantes :

N'attendez pas de moi un long discours en ce moment; je vais simplement prier le Dr Walker de continuer à vous présenter les autres membres du bureau du Congrès.

Le Dr Walker présente alors successivement les autres membres du bureau, puis les membres du Comité exécutif et ceux du Comité général auxiliaire du Congrès, enfin, par le nom seulement, le Comité des Dames.

Les résolutions créant le Congrès sont lues ensuite par le secrétaire général, Dr Harlan.

Au lieu et place de l'honorable John Temple Graves, de Georgia, empêché, le Dr J. Y. Crawford, de Nashville, prévenu quelques ins-

tants auparavant, prononce l'allocution suivante pour saluer les membres étrangers :

Vous m'excuserez si je vous dis que je suis bien embarrassé en acceptant au dernier moment de vous souhaiter la bienvenue au lieu du savant et de l'orateur éminent, l'honorable John Temple Graves, de Georgia. Je suis en outre embarrassé, parce que je dois le faire comme le porte-voix non seulement de la profession dentaire des Etats-Unis, mais comme celui de tous les peuples composant l'union américaine. Soixante-dix millions de cœurs souhaitent aujourd'hui par ma voix la bienvenue aux dentistes du monde. Combien cette pensée est sublime que l'Amérique vous adresse ce salut cordial par mon intermédiaire et vous dise : « Soyez avec nous et parmi nous et aidez-nous à seconder la grande œuvre de la profession dentaire. » Je suis de plus embarrassé parce que je vous salue ici aujourd'hui en vue de la discussion des progrès de l'art magnifique de la dentisterie, car c'est aujourd'hui une question d'importance supérieure à toutes les autres. Je regrette que M. Graves ne soit pas ici pour examiner la question de la dentisterie au point de vue de l'intérêt public. Pourquoi dis-je cela? Parce que de toutes les autres questions du monde qui portent sur la civilisation du XIXe siècle, celle de la chirurgie dentaire est en tête de la liste. La raison? Parce que toutes les autres branches de la science et du progrès ont reçu plus d'appui et plus d'attention que la profession dentaire et parce que ce n'est pas encore un fait reconnu universellement que la famille humaine a besoin des bons offices et de l'attention du dentiste comme elle a besoin du docteur, du prêtre, du professeur et du juriste.

Il convient à l'Amérique d'ouvrir toutes grandes ses portes et d'adresser son salut au monde dentaire parce qu'elle est à la tête de la profession. Nous sommes ici pour encourager la grande œuvre de notre profession jusqu'à ce que la civilisation actuelle en soit pénétrée et en profite à un point qui tende à l'élévation de la moyenne de la durée de la vie humaine et soit peut-être un facteur puissant dans la perpétuation de la civilisation la plus remarquable dans l'histoire du monde.

Maintenant c'est à la fois un plaisir et un devoir pour moi de souhaiter aux dentistes des pays étrangers la bienvenue la plus cordiale et, en appelant leur attention sur les armes de notre république, les étoiles et les bandes, je dirai que notre drapeau n'est pas seulement un emblème de liberté religieuse et politique, mais que sa plus belle signification est la gracieuse hospitalité que nous vous offrons aujourd'hui; cette hospitalité tout entière, et plus encore si nous en avions, vous est librement offerte à cette occasion mémorable dans l'histoire des recherches odontologiques.

Pour finir, permettez-moi de vous demander de prendre ma main dans votre imagination et de sentir les battements du grand cœur du peuple américain, battant à l'unisson en ce moment et, tandis que je reste dans cette attitude, laissez-moi dire que son âme tressaille lorsque le sentiment unanime de cette grande nation me traverse pour vous atteindre en vous apportant cette salutation de bienvenue.

Des lettres d'excuses des D[rs] W. W. H. Thackston, de Farmville, et W. H. Morgan, de Nashville, vice-présidents, empêchés par maladie, sont lues par le secrétaire général.

Le président Shepard prie alors le vice-président A. L. Northrop de le remplacer au fauteuil et prononce le discours suivant :

Il est heureux que la réunion des nations dans cette métropole

merveilleusement active, dans cette année mémorable pour l'Amérique, ait été mise à profit pour organiser une exposition de la dentisterie de tous les pays, dans toutes ses branches scientifiques et pratiques, telle qu'elle existe aujourd'hui.

L'origine du Congrès remonte à la résolution prise il y a trois ans par les deux sociétés dentaires principales de ce pays, résolution qui prévint, je crois, l'organisation du comité auxiliaire du Congrès international avec ses vues larges et ses vastes plans. Nous fûmes heureux de nous unir à ce comité auxiliaire et de prendre part à la création pleine de succès de cette réunion si hautement instructive. Tout en conservant notre autonomie, nous sommes fiers d'être un des nombreux Congrès tenus sous ses auspices pour le bien public.

Les deux sociétés réunies constituèrent une association en nommant un Comité général exécutif et convinrent que toute décision prise par lui serait définitive et l'engagerait. La seule instruction donnée à ce Comité, dans ce qu'on pourrait appeler sa charte, était de prendre telle décision qu'il pouvait juger la meilleure pour créer une organisation dans le but de tenir un Congrès dentaire à Chicago en 1893, auquel seraient invités les dentistes honorables du monde entier.

Il allait de soi que cette organisation devait être *sui generis*, complète en elle-même sans existence légale permanente. Le Comité accepta l'association comme un acte important engageant sa responsabilité et travailla assidûment pour justifier la confiance qu'on avait mise en lui. Il s'efforça toujours de faire pour le mieux et d'être juste pour tous. Il comprit que son objet premier et fondamental était de tenir une réunion dentaire d'un esprit assez large et assez libéral pour tout comprendre et ne rien exclure, afin que toutes les opinions pussent être formulées et que la vérité se fît jour au milieu d'elles.

Appliquant cette idée, l'invitation à devenir membre fut assez large pour s'adresser à tout dentiste du monde considéré comme honorable. Les seules conditions étaient d'être un praticien reconnu dans son pays et d'exercer conformément aux principes de morale admis. Le dentiste qui a la clientèle la plus aristocratique n'a pas plus de droits ici que le plus humble de ceux qui font honneur à notre profession en faisant du bon travail dans le village le plus éloigné. On ne peut pas dire peut-être d'une autre profession présentant l'élévation et le champ de la dentisterie que son évolution est contenue dans la brièveté d'une vie humaine. Il y a des hommes vivants actuellement, exerçant encore et membres du bureau de ce Congrès, qui pratiquaient à l'époque des petits travaux de notre profession. Ils sont avec nous témoins de la marche merveilleuse du progrès, vétérans survivants de la noble armée de chercheurs, d'inventeurs, d'auteurs, de professeurs et de travailleurs honorables qui, dans diverses sphères, avec divers talents, avec une tâche pénible, avec fidélité pour leurs devoirs, avec espoir et foi achevaient la victoire que nous célébrons aujourd'hui.

D'autres professions et d'autres branches de l'art de guérir ont marché à grands pas pendant le même espace de temps, mais d'aucune autre profession consacrée au bien et à l'amélioration de l'humanité, excepté peut-être de la photographie et de l'électricité appliquée, on ne peut dire avec la même vérité que, pour le système et le développement bien accompli, elle présente un semblable contraste entre les humbles connaissances et les humbles débuts de la jeunesse de ces hommes et la situation florissante de notre époque. La médecine n'est pas une science exacte comme les mathématiques, mais de toutes les branches de la chirurgie il n'y en a probablement aucune dans la-

quelle la réalisation de l'idéal soit aussi assurée qu'en dentisterie. Toutes les professions méritent d'être honorées quand le travail est honnête et le but poursuivi recommandable, mais un honneur particulier a toujours été rendu à celles qui s'occupent des maux et des souffrances de l'humanité, physiques ou moraux, et on a donné à ces professions depuis l'antiquité l'honneur particulier attaché à leur nom, primitivement pris dans un sens plus étroit qu'à présent. Le rang relatif parmi les professions n'est pas sans importance, mais ne pouvons-nous pas prétendre avec la modestie et la sincérité qui conviennent que, pour prévenir et calmer les souffrances humaines, pour la tranquillité, la santé et la prolongation de l'existence humaine, la dentisterie est actuellement sans égale parmi elles ?

D'autres ont la mission de vous présenter les derniers progrès de chaque branche d'étude professionnelle, scientifique, pratique et humanitaire et de vous montrer leurs connaissances et leur habileté en théorie et en pratique. Les hommes les plus éminents dans le monde en dentisterie vous soumettront les travaux de leur esprit et de leurs mains. La semaine sera remplie surabondamment de communications et de discussions intéressantes et de valeur, de démonstrations brillantes avec projections des recherches patientes et pleines d'abnégation d'hommes véritables de science qui ont pénétré les mystères de la vie cellulaire et mettront sous vos yeux le grand inconnu, dans lequel repose le fondement de toute l'étiologie, de toute connaissance et de tout progrès scientifique. D'autres, avec des mains habiles secondant des esprits actifs, vous présenteront les applications pratiques multiples de la théorie et de l'expérience pour mieux vous armer dans les travaux journaliers du cabinet.

En vous adressant ce discours d'ouverture, j'ai pour devoir, me semble-t-il, de ne pas empiéter sur le terrain de ceux-ci, mais d'essayer de donner un rapide aperçu de l'évolution de la profession, avec les points saillants qui en marquent les progrès.

La dentisterie est jusqu'à un certain point un art ancien, cela n'est pas douteux, mais les preuves en sont si rares, dans ce qu'il en reste d'authentique, que nous pouvons les passer sous silence en ce moment, en remarquant qu'il ne nous est rien parvenu de l'antiquité ayant quelque valeur. Il en est de même du passé jusqu'au siècle précédant celui-ci. Le rapport très remarquable qui sera fait par le comité de l'histoire avec tant de collaborateurs nous donnera, je n'en doute pas, un historique très complet, pour la première fois, de la dentisterie primitive dans ce pays. Ce Congrès n'en vaudrait pas moins quand il ne donnerait pas d'autre résultat.

Il n'y a pas de lignes de démarcation bien prononcées dans les mouvements d'évolution, et en les examinant nous trouvons que les changements sont si graduels et si lents qu'il est difficile de fixer un moment assez nettement marqué pour le considérer comme un jour de naissance. Nous avons l'habitude de faire remonter la naissance d'un homme à sa venue sur le monde visible, et pourtant ce jour n'indique qu'un changement de milieu et, comme le pense une grande partie de l'humanité, la naissance de l'âme datant de plusieurs mois auparavant. De même la dentisterie a son époque embryonnaire ; son commencement est obscurci par les ténèbres de l'antiquité. Elle s'est développée lentement à travers les âges et nous ne pouvons pas décrire ses progrès. Durant le dernier siècle et le début de celui-ci, il y eut des indices de vie et de mouvement, l'excitation s'était produite, le monde attendait et le joyeux événement de la naissance d'une profession nouvelle offerte avec

bienfaisance à l'humanité souffrante survint en 1839 dans la ville de Baltimore, avec la création du premier collège dentaire du globe. Comme profession scientifique, c'est son jour de naissance. Il y avait eu de la vie auparavant, comme dans le cas de l'homme, mais le milieu était si changé qu'il y avait un air nouveau à respirer, de nouvelles sources de nutrition; la barrière du milieu précédent si restreint était enlevée et il y eut pleine chance de se développer jusqu'au type parfait de l'idéal.

N'oublions pas de tenir en grand honneur les hommes dévoués qui aidèrent à cette naissance. Ce ne sont pas les pères de la dentisterie scientifique, les causes premières datent de beaucoup plus loin, mais leur soin, leur prévoyance et leur intervention efficace, en guidant et en assistant les changements évolutionnaires dans sa période critique, furent très dignes d'éloges. Comme le Seigneur, ils pensaient moins à eux-mêmes qu'à l'humanité. Ils portaient dans le monde la bonne parole de la dentisterie, car, avant cette époque, le savoir et l'habileté étaient conservés et vendus comme une propriété privée, tandis que ce jour-là annonce la venue des bonnes nouvelles à tout homme à la recherche du savoir pour le bien de l'humanité. L'aspirant dentiste avant ce temps trouvait toute voie vers le savoir soigneusement défendue. La science ne pouvait s'obtenir que dans le cabinet privé d'un dentiste et l'étudiant ambitieux était obligé de l'acheter, souvent à des prix fous, prohibitifs pour la majorité. Le dentiste qui avait acquis de la réputation ainsi tirait un profit considérable de ces chercheurs et arrachait la promesse à l'étudiant de garder de même le savoir acquis.

Le collège de chirurgie dentaire de Baltimore fut le premier *thesaurus* de dentisterie. C'est là que furent pour la première fois déposés les trésors de savoir qui étaient auparavant sous la garde des individualités. C'est là aussi, pour la première fois en dentisterie, que, pour un prix modique fixé, l'étudiant put tirer de ce dépôt de richesses toutes les connaissances accumulées qu'il possédait. Tenons bien compte que l'importance attachée à l'établissement de la première école dentaire comme marquant une ère nouvelle ne le fut pas primitivement parce que c'était la première école professionnelle ; — il est notoire cependant que l'établissement d'une nouvelle industrie dans une communauté peut être suivi d'autres entreprises et, de cette façon, la localité devient prospère ; — mais il faut insister là-dessus, car c'est le point capital, parce que ce fut le commencement d'un changement de l'esprit aussi bien que de la méthode. Auparavant c'était un métier, toujours plein d'égoïsme, où l'on accumulait, effrayé de la concurrence, plein d'exclusivisme, loyal pour le patient qui y recourait et désireux de lui faire du bien, mais ne tenant pas compte du reste du monde, dominé par des intérêts égoïstes, entassant avidement le savoir, sans esprit professionnel large, dépourvu de sentiment de confraternité. Il est difficile de s'imaginer, de nos jours où il existe une si grande liberté, un si grand sentiment de confraternité et une semblable rivalité pour donner l'instruction professionnelle, qu'un pareil contraste dans l'esprit de la corporation ait pu exister il y a 60 ans. C'est la vérité cependant et il y a des membres de ce Congrès qui commencèrent leurs études de dentisterie suivant la vieille manière. A mon avis, ce changement d'esprit forme la base de l'ère nouvelle et on peut dire que tous les progrès réalisés depuis reposent sur lui.

C'est avec des vues prophétiques et des motifs patriotiques semblables, dans cette même année qui fait époque, que fut créé le puissant aide et le puissant collaborateur du collège par la publication du premier journal dentaire du monde l'*American Journal of Dental Science*.

Le même esprit, le même amour de la profession et le même intérêt pour l'humanité animaient les fondateurs généreux et enthousiastes du journalisme.

D'après la constitution de la nature humaine, le collège et la revue ne suffisent pas à délivrer et à éclairer. Peu d'hommes sont touchés par ces facteurs, mais pour remuer la grande masse, tant est puissante l'inertie de l'ignorance et de la routine, il est besoin du magnétisme des rapports individuels. L'année suivante (1840) devait voir l'éclosion de cet agent ; c'est là une nouvelle preuve des forces vivifiantes agissant à cette époque. Les mêmes pionniers du progrès, peu nombreux, qui avaient fondé le collège et le journal en 1839, joints à d'autres hommes animés du même esprit et mus par les mêmes motifs, se réunirent à New-York le 18 août 1840 et organisèrent la société américaine de chirurgiens-dentistes.

Il n'existe pas de traces authentiques de l'existence d'aucune société dentaire antérieurement, de sorte que celle-ci peut être considérée comme le prototype des innombrables sociétés qui, depuis lors, peuvent à bon droit réclamer une bonne part du développement dont nous nous réjouissons aujourd'hui. Dans l'organisation de cette société, la résolution présentée par le prof. Chapin A. Harris pour la nomination d'une commission chargée d'élaborer une constitution et des statuts commençait par ces mots prophétiques :

« Cette Assemblée est d'avis que la chirurgie dentaire ferait des progrès et que les intérêts de tous les praticiens éclairés et de la corporation seraient considérablement servis par la formation d'une société nationale de dentistes. »

Et dans la constitution qui fut adoptée, le premier article donnait le ton pour toujours en ces mots :

« Cette Société a pour objet d'amener l'union et l'harmonie entre tous les chirurgiens-dentistes honorables et éclairés, de faire avancer la science par une libre communication et un échange libre d'idées, par écrit ou verbalement, entre les membres de la Société, dans ce pays et dans les autres, enfin de donner un rang et de l'honorabilité à la profession, etc. »

Nous voyons donc en quelques mois l'érection du grand trépied sur lequel doit reposer tout avancement professionnel : le collège, le journal et l'association. Le premier avait pour mission de préparer complètement les novices à rendre les plus grands services, tandis que le vaste champ des deux autres était la grande masse des praticiens de savoir différent.

Le Dr C. W. Ballard, de New-York, dans une description de la profession à cette époque, dit qu'on peut la diviser en trois classes :

« La première classe, embrassant environ la moitié de la corporation, comprenait ceux dont l'ignorance était la seule excuse pour les maux qu'ils causaient à leurs patients et finalement à la profession, ainsi que ceux qui, ayant fait l'acquisition ou trafiqué d'un secret ou deux, montraient une impudence effrénée et éhontée pour réussir... Ces hommes ne pouvaient occuper un rang élevé que dans leur propre estime, en ravalant la profession à leur niveau... Les dentistes, de nos jours, souffrent jusqu'à un certain point du mépris voué à leur corporation par les agissements de ces individus. Les dentistes de cette espèce connaissaient peu et observaient encore moins les devoirs qui leur incombaient, et cependant ils étaient toujours prêts à recevoir des élèves et à les initier aux secrets et aux mystères de la science dentaire, pourvu qu'ils fussent bien payés pour cela. Les rémunérations exigées dans ces cas variaient de cinq à mille dollars... Le temps exigé pour ces initiations dépendait beaucoup de la capacité de l'étudiant et de l'ignorance de l'instructeur. Ces dentistes concédaient généralement que plus le temps perdu de cette manière était court, mieux cela valait pour tous.

» La deuxième classe, embrassant environ les trois huitièmes de la totalité, pouvait être considérée comme comprenant les dentistes qui, ayant acquis toute la connaissance des principes et de la pratique de la chirurgie dentaire que leur époque, leurs moyens et les circonstances comportaient, en arrivaient tout de suite à la conclusion que, pourvu qu'ils fissent pour le mieux à l'égard de leurs patients et se conduisissent à d'autres égards comme de bons citoyens, ils avaient fait leur devoir complètement... Parmi ceux-ci on peut comprendre ceux qui commençaient à exercer avec peu ou point d'instruction et se trouvaient contraints, pour rivaliser avec ceux qui les entouraient, d'ajouter par tous les moyens en leur pouvoir aux connaissances et à l'expérience que leur pratique quotidienne leur donnait. Beaucoup d'entre eux devenaient à l'occasion de bons praticiens jusqu'à un certain point; mais des meilleurs d'entre eux on pourrait difficilement dire si c'était le bien ou le mal qui l'emportait dans ce qu'ils avaient fait.

» Les dentistes de la deuxième classe connaissaient bien mieux leurs devoirs professionnels que ceux de la première et beaucoup d'entre eux excellaient dans cette branche connue sous le nom de dentisterie mécanique, et, en toute justice, il faut se souvenir qu'à l'époque dont nous parlons, la dentisterie mécanique était considérée par la majorité de la profession comme la partie de beaucoup la plus importante de la dentisterie.

» Ceux de la 3e classe, environ le huitième du tout, dont une bonne partie avaient fait des études médicales, avaient, en raison de leur pratique et de leur conduite en général, acquis beaucoup plus de réputation et d'influence... Ils semblaient, dès le début, avoir été frappés de la pensée que les ressources de la science n'étaient nullement assez développées, que la chirurgie dentaire occupait un rang bien au-dessous de celui qui lui était dû... et que, comme on pouvait et devait remédier à ces maux, il était de leur devoir de consacrer une portion de leur temps et de leur activité à cette œuvre. »

On remarquera que cette dernière classe, numériquement la plus faible, était le levain qui devait faire lever toute la masse. La même loi que pour les choses matérielles s'appliqua ici, à savoir que la qualité du levain importe plus que la quantité.

En 1841 fut promulguée la première loi d'Etat concernant la dentisterie. C'est probablement aussi la première dans le monde. Je n'ai pas compris la législation au nombre des causes importantes et fondamentales du progrès dentaire pour la raison que la loi de l'Alabama subsista seule dans les Etats de ce pays pendant plus de 25 ans, la première loi qui l'ait suivie étant celle de New-York de 1868. La loi anglaise est de 1878 et dans d'autres pays environ de cette date ou de plus tard. Tandis qu'un résultat indirect et inévitable des lois dentaires a été d'aider les collèges en faisant de l'instruction une condition première de l'admission légale à la pratique, et partant d'élever le niveau de la profession; il ne pourrait y avoir de justification de ces prescriptions prohibitives ou restrictives, si ce n'est comme sauvegarde de la santé publique en vertu des pouvoirs généraux de police qui, dans les temps modernes, ont été si largement appliqués et si universellement appuyés par le pouvoir judiciaire.

La lutte pour établir ces lois fut longue et pénible. Bien des efforts sont demeurés infructueux maintes fois, mais l'opposition a été vaincue de sorte que, à présent, presque chaque Etat et chaque pays ont de semblables lois, identiques quant à leur objet et à leurs traits essentiels, et ne différant que dans ce qu'on pourrait appeler leurs menus détails. Il y a peu de gens maintenant qui mettent encore en doute leur justice et leur utilité. En assurant sa réglementation, la profession a généralement pris un rôle directeur et on peut à bon droit affirmer que le motif n'a pas été égoïste, mais philanthropique.

L'événement qui suit dans l'histoire dentaire est si marquant qu'il peut être appelé la découverte la plus remarquable et la plus bienfaisante du siècle ou de tous les siècles : je veux dire l'anesthésie. Quelle découverte, quelle invention est comparable à celle grâce à laquelle le bistouri du chirurgien est plongé dans les eaux de l'oubli et la ride la plus profonde dans le sourcil froncé de l'agonie est à jamais effacée, pour citer les termes poétiques du vénérable, mais toujours jeune auteur du terme anesthésie, Olivier Wendell Holmes ? Tandis qu'il y a eu une controverse sur l'éther, il ne peut y en avoir une sur l'anesthésie. La première fut entreprise avec un grand sérieux et une vive âpreté, mais avec le temps et la disparition de ceux qui y étaient directement engagés, l'honneur en est généralement accordé maintenant à feu le Dr Morton, dentiste à Boston. Ce fut lui qui, le premier, prit sa vie entre ses mains et, avec un courage ou une audace sublime, mit en danger la vie humaine pour résoudre le problème de l'anesthésie par l'éther. Il suivit dans l'obscurité une route inconnue, il réussit et démontra à un monde sceptique l'anesthésie par l'éthérisation. L'hôpital général Massachusetts a exprimé justement et élégamment les sentiments de l'humanité dans une inscription sur le présent qui lui fut fait : « *Il est devenu pauvre pour une cause qui a rendu le monde son débiteur.* »

Sans amoindrir le grand honneur dû à Morton, un honneur plus grand est dû à un autre dentiste. Car il est vrai et il est admis maintenant que le Dr Morton n'avait fait que suivre une autre voie, quoique plus loin que ne l'avait suivie deux ans avant, à sa propre connaissance, le véritable découvreur de l'anesthésie, dont il tirait son encouragement, feu le Dr Horace Wells, dentiste de Hartford, capable, mais moins persévérant et moins apte à franchir les obstacles. Si nous admettons que le tout renferme toutes les parties, quoiqu'une partie puisse être assez brillante pour éclipser le reste ; si nous admettons que l'inventeur de quelque chose entièrement nouveau a droit à un honneur plus grand que celui qui invente une amélioration ou une modification, quand même cette dernière serait meilleure ; si nous admettons que le découvreur d'une grande vérité ou d'un grand principe est plus grand que celui qui, suivant les mêmes voies, en employant d'autres méthodes ou d'autres moyens, démontre plus complètement ou plus heureusement la vérité ou le principe, nous devons admettre que le plus grand honneur est dû au Dr Wells, pourvu qu'il soit vrai qu'en 1844, deux ans avant la découverte du Dr Morton, il ait exécuté des opérations sans douleur en dentisterie et en chirurgie, intelligemment et publiquement, en appréciant pleinement les phénomènes, en administrant du protoxyde d'azote donné dans ce but spécial. Je pense que l'histoire qui met ceci en lumière est trop explicite, trop détaillée, trop sérieuse pour rendre cette affirmation contestable. Voyons quels sont les faits admis. Il est admis par tous comme prouvé :

1° Que M. G. A. Colton donna un divertissement à Hartford en 1844 en exhibant du gaz hilarant, pour amuser ;

2° Que le Dr Horace Wells était parmi les assistants ;

3° Que M. Samuel A. Cooley, dans ses figures grotesques sous l'influence du gaz, se blessa gravement à la jambe ;

4° Que, en se remettant des effets du gaz, M. Cooley fut surpris de cette blessure et déclara n'avoir senti aucune douleur ;

5° Que le Dr Wells conclut de cela que le gaz serait utile pour l'extraction des dents et le dit expressément ;

6° Que le Dr Wells mit sa conclusion en pratique en faisant une expérience réelle sur lui-même, M. Colton donnant lui-même le gaz et le Dr J. Riggs extrayant une dent ;

7° Que son but, exposé ci-dessus, était de s'assurer par l'essai si une pareille administration du gaz rendrait l'extraction d'une dent indolore ;

8° Que le Dr Wells déclara tout de suite que l'opération était indolore ;

9° Que le Dr Wells administra maintes fois le gaz pour des opérations sans douleur à Hartford, en dentisterie et en chirurgie ;

10° Que le Dr Wells avait une telle confiance dans sa découverte qu'il vint à Boston pendant l'hiver 1844-45 et fut présenté aux chirurgiens de l'hôpital par son ancien élève, le Dr Morton, et administra le gaz lui-même à l'hôpital général Massachusetts pour une opération dans le but expressément déclaré à l'avance de démontrer que les opérations pouvaient être exécutées sans douleur ;

11° Que la démonstration à l'hôpital ne fut qu'un succès relatif;

12° Que les étudiants rirent de lui et qu'il retourna chez lui déçu et découragé ;

13° Que le Dr Morton avait connaissance de quelques-uns de ces faits antérieurement à 1846 ;

14° Que l'emploi du gaz comme anesthésique fut cessé à Hartford et ailleurs après la mort du Dr Wells et la démonstration heureuse de l'efficacité de l'éther pour le même but ;

15° Que, en 1862, l'emploi du gaz pour des besoins anesthésiques fut repris et que, depuis, il s'est toujours comporté dans le monde entier comme un agent sûr et sans danger dans cet usage avec des millions d'applications.

La découverte de l'efficacité du chloroforme en 1847 et son extension rapide en Europe, au point d'exclure presque l'éther, donna une telle réputation à son découvreur, le Dr Simpson, par la suite Sir James Y. Simpson, que, pendant de longues années en Europe, il passa généralement pour le découvreur de l'anesthésie.

Ces deux agents anesthésiques eurent la préférence presque exclusivement pendant environ quinze ans jusqu'à la reprise du protoxyde d'azote en 1862, de sorte que très naturellement l'agent employé et l'anesthésie en résultant devinrent synonymes. Il n'est pas étonnant que le protoxyde d'azote négligé et oublié pendant cette longue période ait eu pour compagnon d'oubli le nom et la réputation d'Horace Wells. Mais sa réputation en 1862 et son adoption générale et heureuse dans le monde prouvent qu'il n'est inférieur à aucun autre agent et que son court emploi, avant qu'il fût éclipsé par l'éther, était dû à des circonstances fortuites ne diminuant en rien le mérite qui appartient à bon droit à l'homme hésitant, sensible, généreux et noble qui, sitôt après, déçu et la raison ébranlée, trouve une mort tragique, mais dont la mémoire est encore fraîche dans le domaine de ses travaux et dans les cœurs de ses concitoyens. Avec un respect digne d'éloges pour l'histoire et la vérité, sa ville natale et son Etat ont reconnu sa valeur et son mérite en lui élevant une statue en bronze durable.

Un très beau monument, désigné habituellement sous le nom d'*Ether Monument* lui fut érigé dans le *Jardin public* de Boston en 1862 par la générosité d'un simple citoyen. Des inscriptions y rappellent sa mémoire. Au moment de l'érection de ce monument beaucoup de ceux qui avaient assisté à la première application de l'éther vivaient encore et étaient les amis du donateur. Il est donc probable qu'on eut grand soin de rendre ces inscriptions inattaquables par la critique. Deux choses doivent être notées : l'absence de tout nom et l'attribution du mérite à l'éther seul.

De quelque manière que nous envisagions la question quant au droit de priorité d'honneur pour Wells ou Morton, nous pouvons féliciter la

profession de ce que tous deux étaient dentistes. Lecky, qui fait autorité, dit dans son *Histoire de la morale européenne* :

« Il est probable que l'inventeur du premier anesthésique a fait plus pour le bonheur réel de l'humanité que tous les philosophesdepuis Socrate jusqu'à Mill. »

Tandis que dans les dix années suivantes — 1850 à 1860 — collèges, journaux et associations se multipliaient et contribuaient en commun à mettre la profession de plus en plus en contact avec les idées de progrès, la découverte la plus remarquable de la décade et la plus importante par son influence était cette propriété de l'or qui, antérieurement considérée comme préjudiciable, était maintenant saluée comme sa qualité la plus précieuse, la cohésion. L'introduction de l'or cristal et la découverte de la cohésivité de la feuille fraîchement recuite jetèrent les bases d'une nouvelle ère en dentisterie opératoire. N'oublions jamais que, si d'autres revendiquaient cette dernière découverte, en avaient connaissance sans doute et s'en prévalurent quelque temps, le Dr Robert Arthur ne perdit pas de temps pour communiquer librement la sienne, aussitôt qu'elle fut faite, à la profession tout entière. Il s'acquit ainsi un mérite dont d'autres n'ont jamais pu le priver.

Les descriptions et les exemples d'opérations avec l'or cristal dans le livre de ce vénérable et respectable Nestor qui est toujours parmi nous, le Dr Dwinelle, publié en 1855, pourraient encore convenir à un livre paraissant de nos jours. Ce fut la renaissance de la dentisterie opératoire ; ce fut l'aurore d'une ère nouvelle de restauration, la ligne de démarcation entre la mutilation et la défiguration d'autrefois et le culte subséquent de la beauté et de la forme typique. Ce fut le premier grand progrès de la pratique. Il était tout naturel qu'il fût bientôt complété par des instruments perfectionnés : le maillet, la digue et le tour. Personne ne peut se faire une idée complète de la grande révolution qui est résultée de ces instruments et de leurs emplois, à l'exception de ceux d'entre nous qui ont pratiqué assez longtemps pour se souvenir des luttes nécessaires dans le passé. Quelque radicales ou quelque conservatrices que soient nos idées aujourd'hui, on ne peut se faire idée du terrible bouleversement que produisirent ces innovations dans les idées et la pratique de la profession.

Quoique la plupart des inventions qui viennent d'être mentionnées aient été faites pendant la décade 1860-70, elles ne constituent pas, suivant moi, le progrès distinctif de cette période. Il y a une maladie de la bouche qui, jusqu'à cette époque, avait été méconnue ou regardée universellement comme incurable ; depuis fort longtemps elle avait été décrite dans les livres comme le scorbut des gencives ou quelque chose d'analogue et n'avait été traitée que par des lavages ou des médicants. On considérait comme inévitable et irrémédiable la perte des dents saines et leur extraction. Il se leva un prophète qui enseigna que cet état déplorable serait toujours prévenu si l'on s'y prenait à temps, et fréquemment guérissable par un traitement chirurgical quand la maladie avait fait des ravages très étendus. Il fut traité comme les prophètes le sont d'ordinaire, excepté par quelques hommes qui devinrent de bonne heure ses disciples. Ce n'était ni un physiologiste ni un pathologiste profond, et il ne présentait ni une théorie ni une description rencontrant l'approbation des gens compétents ; mais il avait vécu de longues années, il avait observé et réfléchi et si elles n'étaient pas scolastiques ou exactes sur tous les points, ses observations étaient claires et ses déductions justes en général, de sorte que le traitement qu'il fut le premier à imaginer et à préconiser est, encore de nos jours, après que tant de nos

meilleurs pathologistes ont consacré beaucoup de temps à l'étude de cette affection, accepté comme la base de tout traitement. Les hommes qui le connaissaient le virent à l'œuvre, furent instruits par lui, furent heureux en suivant ses méthodes et s'habituèrent à appeler cette maladie par le nom qu'il lui avait donné. Ce n'était pas exact, nous le savons, car il établit seulement un traitement sans décrire une maladie, mais le fait demeure et il en reste assez pour témoigner que, comme résultat de sa vie et de ses efforts, de la semence qu'il avait semée, une terrible maladie a été dépouillée de la terreur qu'elle inspirait, la profession a été incitée dans le monde entier à étudier son étiologie et ses progrès, et la perte prématurée des dents par suite de cette maladie n'est plus considérée comme providentielle ou comme respectable.

Tandis que la dentisterie opératoire continuait de voguer d'une façon continue sur une marée de progrès et de développement, la prothèse avait ses flux et reflux. Il y a 60 ans, la profession ne comptait pour la plus grande partie que des opérateurs inhabiles, mais sachant passablement confectionner des plaques. Ils ne pouvaient pas sauver les dents, mais ils pouvaient remédier à leur perte. Pour les plaques, l'habileté prothétique et la production artistique vinrent à leur apogée avec l'invention et le perfectionnement de la porcelaine ou de la gencive continue. Après l'introduction de la vulcanite, la renonciation aux métaux rendit l'habileté du laboratoire de peu de valeur et, par suite, elle fut négligée ou ignorée dans l'enseignement préparatoire de l'étudiant. Les fabricants fournirent une grande variété d'instruments, de sorte que le forgeage, la façon et la trempe de ceux-ci devinrent presque un art oublié. La facilité du travail de la vulcanite non seulement n'exigeait ni beaucoup d'ingéniosité ni beaucoup d'habileté, mais encore elle faisait si bien disparaître le mérite, que le novice, en quelques semaines d'enseignement et de pratique, pouvait rivaliser avec les plus expérimentés, et cette branche si importante et qui rend tant de services devint le refuge et l'alliée de l'ignorance et du charlatanisme. Les maux résultant de l'extraction totale des bonnes dents furent déplorables et ne peuvent être comptés.

On s'est vivement demandé si la vulcanite en dentisterie a été un bienfait ou un malheur pour le monde. Un observateur superficiel peut soutenir que, quand des organes si importants pour la santé sont perdus, c'est un bienfait que des remplaçants soient à la portée de tous, excepté de ceux qui sont dans une profonde misère. Mais nous savons dans quelle honteuse mesure les Harpies de notre profession, par des appels à la lâcheté et à la cupidité, ont dépouillé la bouche des gens confiants de millions de dents fortes et saines pour faire place à des remplaçants mal faits, défigurants et malpropres. Il sembla pour un temps que la profession tout entière allait s'engloutir dans un océan de blâme. Mais la réaction survint heureusement, le flot recula et nous pouvons nous féliciter nous-mêmes et le monde avec nous que le péril ait presque disparu.

L'augmentation du nombre des collèges et l'élévation constante de leur niveau chaque année haussèrent le niveau des sujets formés; la littérature périodique se répandit davantage, les sociétés se multiplièrent et firent une œuvre excellente de missionnaire, des codes de morale furent adoptés et renforcés, des lois furent votées pour protéger la société, lesquelles, en permettant à tous ceux qui pratiquaient de continuer à pratiquer, sans égard pour leur savoir et leur habileté, élevaient une barrière contre l'admission dans la pratique de l'ignorant et de l'inhabile. Pour toutes ces causes et d'autres encore, le niveau de la profession s'éleva graduellement et des idées plus justes et plus larges de ce qui est

bon et de ce qui est le meilleur pour le patient prédominèrent de plus en plus.

Mais la cause la plus importante que toute autre ou peut-être que toutes celles qui précèdent pour le développement de l'habileté du laboratoire et la conservation des dents et des racines doit être cherchée dans l'invention de la couronne artificielle moderne et de son corollaire, le pont. C'est là le perfectionnement caractéristique des 20 dernières années. Dans cette période, plus de cent couronnes et de cent ponts différents ont été inventés. Le résultat en a été doublé : il a rendu l'habileté du laboratoire plus importante et plus précieuse que jamais pour le dentiste et il a arrêté le *grand massacre des innocents* en rendant obligatoire la conservation des racines des dents dans la bouche.

A diverses reprises la séparation des deux branches de la pratique a été recommandée par des hommes éminents de chacune, mais ces inventions les ont unies par des liens qui semblent indissolubles.

Le principal obstacle à la perfection dans le passé a été l'incapacité de notre art, habile pourtant, à sauver constamment certaines dents. Les défauts inhérents à la structure ou aux parties voisines rendaient temporaires les meilleures opérations et ces dents devaient finalement être perdues et leurs remplaçants appliqués. Maintenant, quand il est arrivé tout ce qu'il y a de plus mauvais, la racine est encore d'une valeur inestimable pour mettre une couronne. Cette invention semble le plus beau fleuron de notre art.

Dans ces dernières années on a attaché un intérêt de plus en plus grand aux causes profondes des fonctions physiologiques et des écarts pathologiques de la règle normale. Des recherches histologiques ont été entreprises avec grand enthousiasme et une grande pénétration et les progrès dans d'autres parties des investigations microscopiques sont pour une bonne part dus aux méthodes tout d'abord imaginées et employées dans l'étude des tissus dentaires ingénieux. Ces champs de recherches sont séduisants pour l'étudiant, mais demandent un grand courage et de l'abnégation quand ils sont cultivés par ceux dont les travaux sont pénibles et fatigants dans la pratique journalière. Nous nous réjouissons qu'il y ait tant de dentistes dans le monde qui consacrent leur énergie, leur tâche journalière achevée, à ces problèmes. Nous serons encouragés autant qu'édifiés cette semaine par l'exposition des résultats déjà obtenus.

Comme les théories de la carie dentaire qui avaient cours il y a moins de 20 ans semblent imparfaites et abstraites quand on les compare aux brillantes démonstrations du célèbre professeur américain de Berlin, basées sur des recherches patientes et prolongées, conformes aux méthodes scientifiques modernes les plus en faveur ! Quoique retenu chez lui par des circonstances auxquelles il ne pouvait se soustraire, il a témoigné son intérêt et sa coopération en nous envoyant un travail. Il en est beaucoup d'autres dont la réputation n'est pas limitée à leur profession ou à leur pays ; ils sont connus du monde comme des hommes de science cosmopolites. Quelque habile et quelque judicieux qu'un dentiste puisse être comme opérateur, cette sphère de son utilité est limitée dans son étendue et ne s'étend pas loin, tandis que ces hommes travaillent pour l'humanité et pour les générations futures. En présence des victoires passées, ne pouvons-nous pas nous attendre avec confiance à ce que l'étiologie d'autres maladies encore obscures, comme l'érosion et la pyorrhée alvéolaire, soit déchiffrée afin que nous puissions ou les prévenir ou les traiter avec succès ? N'envions pas aux chercheurs de l'inconnu leur seule récompense, le tribut de louanges et d'applaudissements pour ce qu'ils ont fait et feront pour la profession et l'humanité.

Je constate que, dans cette revue du passé, j'ai négligé de donner une idée exacte du sujet. Le temps est si limité et le champ si riche et si vaste que je me suis trouvé contraint de choisir, pour les examiner, uniquement les faits et les événements qui semblent avoir eu la plus grande influence.

Satisfaction et commodité ont été données à beaucoup de gens privés de la parole ou repoussants par les appareils perfectionnés de restauration du visage ou d'une fonction troublée par une malformation ou la maladie. L'orthodontie peut être appelée un art nouveau à cause de nos grands progrès dans la connaissance de cette restauration, des méthodes et des appareils de correction et de la restitution des fonctions et de la beauté. Mais les plus remarquables des nombreux sujets que j'ai omis ce sont les plastiques, dont l'emploi grandissant a amené un changement considérable dans la pratique et a été un bienfait inappréciable pour l'humanité. Depuis l'époque de la mémorable controverse qui amena la dissolution de la première Société dentaire jusqu'à nos jours, cette question a occupé beaucoup de temps et de talent dans nos Sociétés et dans notre littérature.

Ce qu'on a appelé *le nouveau point de départ* a arrêté l'attention de chaque lecteur par sa nouveauté et par sa prétention d'être basé sur une expérimentation scientifique rigoureuse. Les recherches de laboratoire sont précieuses, si elles sont conduites d'après les méthodes rigoureusement scientifiques, mais une théorie basée sur l'observation des phénomènes tels qu'ils se passent dans la cavité buccale n'est-elle pas aussi essentiellement scientifique si l'observateur est compétent et si la série d'observations a été exactement faite ? Dans l'un et l'autre cas, l'exactitude d'observation, jointe à une appréciation claire de ce qui constitue exactement la méthode scientifique et l'application intelligente de celle-ci dans l'élucidation du point en litige, est justement ce qu'il faut. Je n'essaye pas cependant de discuter ce sujet, mais je le cite seulement comme ayant eu une grande influence pour stimuler la pensée, en nous rendant plus attentifs observateurs et en modifiant notre pratique.

La théorie de l'origine bactérique de la maladie et l'antisepsie ont absorbé beaucoup d'étude et d'enthousiasme. Il semblait que nous étions à la veille d'une solution de toute l'étiologie par l'isolement du germe pathogénique spécifique de toute maladie et que prévenir ou guérir tout ce qui était nécessaire, c'était vérifier et administrer le germicide convenable. Les rapports cliniques toutefois n'ont pas réalisé les ardentes espérances des plus bouillants. Le germicide a pris une place subordonnée à une observation rigoureuse de propreté absolue et nous voyons reconnaître l'importance de la force vitale comme un facteur donnant l'immunité contre les attaques des bactéries partout où elles existent. On jette cependant de la lumière sur maints phénomènes bactériques en faisant une connaissance plus approfondie des ptomaïnes, des leucomaïnes et des extraits qui sont toxiques et auto-intoxicants. Comme résultats pratiques heureux, nous sommes arrivés à une grande réforme dans le soin des instruments et la stérilisation de tout ce qui a trait au travail opératoire. Depuis quelques années on a toujours espéré en sourdine qu'une amélioration des tissus et un pouvoir résistant plus grand résulteraient des progrès de la prophylaxie. A part les avantages marqués provenant d'un changement de manipulation dans les contours ou d'une préoccupation plus grande de la propreté, on a peu fait en prophylaxie dentaire pure. Une nourriture spéciale pour les dents ou un traitement spécial en thérapeutique n'ont pas récompensé de patients

essais. La tendance de la prophylaxie aujourd'hui est de développer les données physiologiques par une observation plus particulière et plus détaillée des lois de l'hygiène. Une nourriture convenable, sa préparation pour l'assimilation, l'exercice au dehors, en un mot, des méthodes rationnelles de vie ne sont pas plus importantes pour la conservation de la santé que pour la réfection de tissus dans tout le corps d'une structure et d'un fonctionnement assez parfaits pour pouvoir résister avec succès aux attaques délétères. Ainsi envisagée, la prophylaxie a fait de grands pas dont les dents ont profité comme faisant partie de l'économie générale. Ces sujets et beaucoup d'autres méritent un examen plus étendu comme facteurs du progrès.

Malgré que j'aie passé sous silence, à deux exceptions près, les promoteurs vivants du progrès, je ne puis terminer sans mentionner rapidement ceux qui, en grand nombre, figurent sur notre tableau d'honneur. Il serait agréable de les nommer, de suivre leurs vies et de prononcer leur éloge. Ils ont édifié mieux qu'ils ne savaient, et la profession et le monde sont leurs débiteurs. Nos devoirs sont moins onéreux, nos voies sont plus plaisantes, notre position parmi les hommes est plus honorable, la santé, le bien-être et le soulagement dans la souffrance de l'humanité sont grandement fortifiés à la suite de la vie et des travaux des hommes nobles qui étaient pénétrés de la conviction que les ressources de la science n'étaient nullement développées et qu'il était de leur devoir de consacrer une partie de leur temps et de leur énergie à travailler. Quelques-uns de ces apôtres du progrès ne nous sont connus que par leurs travaux, mais l'air, les traits, la voix, l'attitude de quelques-uns d'entre eux sont vivants dans la mémoire de beaucoup de ceux qui sont présents ici. Pouvons-nous douter qu'ils approuvent aujourd'hui notre réunion, ou de leur présence parmi nous et de leur bénédiction ? Ce Congrès n'est qu'une continuation dans les mêmes voies ou le couronnement de leur labeur patient, dévoué, tout d'abnégation pour Dieu et les hommes.

En vertu de l'autorité que nous a conférée la profession dentaire d'Amérique, nous sommes maintenant assemblés et organisés en Congrès dentaire international pour faire avancer les intérêts de la dentisterie dans le monde. La science et l'art, jumeaux de l'esprit, ne devraient pas connaître de limites; il ne devrait pas y avoir non plus d'écoles de la pensée, de trésors de savoir ou d'établissements d'enseignement utile avec des barrières fondées sur la race, la croyance ou la nationalité, quand la santé de l'humanité est en jeu. Comme dentistes, nous nous réunissons ici aujourd'hui, frères d'une famille, avec des intérêts communs, un respect naturel et une communauté d'aspirations et d'espérances. C'est avec un soin et un labeur infinis que le banquet a été préparé et nous sommes invités à goûter aux fruits les plus mûrs de la culture professionnelle qui pourraient être cueillis de chaque côté. Partageons joyeusement, non pour le plaisir du moment seulement, mais avec la conscience que chaque fête apporte avec elle le sérieux d'une plus grande force pour demain.

Je vous souhaite officiellement la bienvenue, en ma qualité de président, la bienvenue à tous les dentistes américains qui sont venus avec une facilité relative, mais spécialement à ceux qui ont fait un long voyage sur des vastes mers, en venant de pays étrangers, apportant avec eux les parfums de choix et les rares produits d'un sol différent du nôtre, mais qui sont indispensables à l'ornement et à la parure complète du banquet universel de bonnes choses pour nous et pour l'humanité. Que ceux-ci puissent trouver leur visite à la fois agréable et profitable, tel est le souhait de chacun de leurs hôtes américains. Et, pour finir, profitons

tous de l'occasion qui se présente pour que cette semaine soit si remplie d'inspirations et de résultats heureux qu'elle soit une pierre milliaire dans la marche du progrès professionnel.

Après le discours du président, les représentants des pays étrangers furent annoncés par le président du Comité exécutif. Ils furent salués par le président du Congrès et répondirent dans l'ordre suivant : Angleterre (M. Geo. Cunningham), Hollande (M. John E. Grevers), Allemagne (M. Erich Richter), Autriche (M. Otto Zsigmondy), France (M. Barrié), Espagne (M. R. H. Portuondo), Italie (M. Antonio Damiano Mela), Iles Sandwich (M. J. M. Whitney), Grèce (M. J. Caracatsanis), Russie (M. Paul Adelheim), Uruguay (M. J. S. Burrett), Paraguay (M. Eben M. Flagg), Australie et Nouvelle-Zélande (M. Alfred Burne), Suisse (M. Louis Roussy), Chine (M. R. H. Kimball).

Le secrétaire général donna lecture d'une lettre d'excuses de M. Thomas W. Evans, de Paris.

M. Barrié lut d'abord l'adresse envoyée par les dentistes de France à leurs confrères d'Amérique et signée de MM. Lecaudey (Dr), Gaillard (Dr), Damain (Dr), Marchandé (Dr), Dr Kuhn, Dr Martin (de Lyon), Godon, Dubois, Poinsot, Crignier, Anjubault, etc., etc., adresse publiée par l'*Odontologie* (juillet 1893, page 313).

Puis il lut, au nom de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France, l'adresse suivante :

Mesdames, Messieurs,

Au nom de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France que j'ai l'honneur de représenter à ce Congrès;

Au nom de ces deux Institutions, lesquelles, par l'organe de M. Dubois, leur représentant officiel au Congrès de Washington, vous ont invités à venir prendre part à Paris, à l'occasion de notre Exposition universelle de 1889, au 1er Congrès dentaire international;

Nous venons vous présenter nos sincères souhaits pour la réussite complète de ce Congrès, persuadé d'avance de son succès, étant donné la célébrité dont jouissent de ce côté de l'Atlantique, au point de vue professionnel, les hommes qui sont à la tête du « World's Columbian Dental Congress ».

Comme délégué du Gouvernement français à ce Congrès, nous saluons la grande Nation américaine, cette Nation qui a le droit d'être fière à si juste titre, et dont la devise est : « *Progrès et Liberté* ».

Les démonstrations pratiques eurent lieu au collège dentaire de Chicago, 102, avenue Michigan, le matin, de 9 heures à 11 heures 1/2.

Les communications théoriques se firent au *Memorial Art Palace*, avenue Michigan, toutes les après-midi — d'abord à midi, et ensuite de 2 heures 1/2 à 5 heures 1/2.

Nous rappelons que le comité général exécutif et le bureau du Congrès étaient composés ainsi :

COMITÉ GÉNÉRAL EXÉCUTIF

Président.

Dr W. W. Walker,	67 West Ninth St., New York City.

Secrétaire.

Dr A. O. Hunt,	Iowa City, Iowa.

Trésorier.

Dr J. S. Marshall,	Venetian Building, Chicago, Ill.
Dr W. J. Barton,	Paris, Texas.
Dr L. D. Carpenter,	Atlanta, Ga.
Dr J. W. Crawford,	Nashville, Tenn.
Dr M. V. Foster,	9 Franklin St., Baltimore, Md.
Dr A. W. Harlan,	Masonic Temple, Chicago, Ill.
Dr H. J. McKellops,	2630 Washington Ave., St. Louis, Mo.
Dr G. W. McElhaney,	Columbus, Ga.
Dr H. B. Noble,	New York Ave., Washington, D. C.
Dr John C. Storey,	Dallas, Texas.
Dr C. S. Stockton,	Newark, N. J.
Dr L. D. Shepard,	330 Dartmouth St., Boston, Mass.
Dr J. Taft.	Seventh St., Cincinnati, Ohio.

BUREAU DU CONGRÈS

Président.

Dr L. D. Shepard,	330 Dartmouth St., Boston, Mass.

Vice-Présidents.

Dr W. W. H. Thackston,	Farmville, Virginia.
Dr W. H. Morgan,	211 High St., Nashville, Tennessee.
Dr A. L. Northrop,	57 W. 49 th St., New York City, N. Y.
Dr L. W. Lyon,	St. Paul, Minn.
Dr W. O. Kulp,	Masonic Temple, Davenport, Iowa.
Dr C. S. Stockton,	17 W. Park St., Newark, New Jersey.
Dr E. T. Darby,	1513 Walnut St., Philadelphia, Penna.
Dr H. J. McKellops,	2630 Washington Ave., St. Louis, Mo.
Dr J. H. Hatch,	1011 Pine St., San Francisco, Cal.
Dr J. B. Patrick,	Charleston, South Carolina.
Dr John C. Storey,	Dallas, Texas.
Dr J. Taft,	Cincinnati, Ohio.

Secrétaire général.

Dr A. W. Harlan,	Masonic Temple, Chicago, Illinois.

Secrétaires adjoints.

Dr Joseph Bauer,	New Orleans, La.
Dr Louis Ottofy,	Masonic Temple, Chicago, Illinois.
Dr Ralph Dillon,	1007 Masonic Temple, Chicago, Illinois.
Dr W. C. Wardlaw,	Augusta, Ga.

Trésorier.

Dr J. S. Marshall,	Venetian Building, Chicago, Illinois.

Les insignes des membres du Congrès étaient un ruban de soie bleue frangé or, surmonté d'une médaille, pour les membres étrangers, couleur verte pour les nationaux ; couleur jaune et rouge pour les membres du comité exécutif et les membres du bureau du Congrès.

Programme.

Mardi 15 août.

Démonstrations pratiques à 9 h. du matin

Réunion générale à midi.

Défauts congénitaux de l'émail, communication par M. Otto Zsigmondy, de Vienne.

Réunion des sections à 2 h. 1/2 du soir.

1re *section.*

Que peut démontrer la dentisterie contre l'hypothèse de l'évolution organique? communication par M. G. A. Bonwill, de Philadelphie.

2e *section.*

Tumeurs adénoïdes et autres maladies frappant la première dentition, communication par M. Annie Felton Reynolds, de Boston.

La pulpite chronique idiopathique, communication par M. P. Macarovid, de Jassy (Roumanie).

3e *section.*

Etude de la chimie en dentisterie, communication par M. E. W. Rockwood, de Iowa City.

4e *section.*

Méthode pour obtenir l'anesthésie locale par la cocaïne, communication par M. J. Caracatsanis, d'Athènes.

Injection de cocaïne pour obtenir l'anesthésie, communication par M. A. Bleichsteiner, de Gratz (Styrie).

Calmant de la sensibilité de la dentine, communication par M. W. C. Davis, de Lincoln (Neb).

5e *section.*

Le tour dentaire et ses usages, communication par M. H. Cryer.

6e *section.*

Feuille d'étain pour l'obturation des dents, communication par M. H. L. Ambler, de Cleveland (Ohio).

7e *section.*

Méthode pour construire des appareils à ressort en vue de la correction des irrégularites des dents, communication par M. V. H. Jackson, de New-York.

Méthode pour fondre une face de porcelaine sur la partie postérieure et la coiffe de la couronne, communication par C. G. Meyers, de Galveston (Texas).

8e *section.*

Les fonctions d'un directeur dans le journalisme dentaire, communication par M. Frank W. Sage, de Cincinnati (Ohio).

Mercredi 16 août.

Démonstrations pratiques à 9 h. du matin.

Réunion générale à midi.

Des diverses méthodes préconisées pour éviter la nécessité d'extraire les pulpes dentaires dévitalisées, communication de M. W. D. Miller, de Berlin.

Réunion des sections à 2 h. 1/2 du soir.

1re section.

Les dents et les cheveux, leur homologie et leurs rapports pathologiques, communication par M. S. H. Guilford, de Philadelphie.

Les dents de la mâchoire inférieure au moment de la naissance, communication par M. Frank Abbott, de New-York.

2e section.

La relation des causes soi-disant prédisposantes aux causes réelles de la carie dentaire, communication par M. L. C. Ingersoll, de Keokuk (Iowa).

Pathologie buccale, communication de M. R. Finley Hunt, de Washington.

3e section.

Pas de réunion.

4e section.

Traitement de la pyorrhée alvéolaire, communication par M. J. Caracatsanis, d'Athènes.

Le chlorure d'éthyle comme anesthésique, communication par M. H. Benson Stahlberg, d'Helsingfors.

5e section.

Traitement chirurgical des défauts du palais, communication par M. Truman W. Brophy, de Chicago.

6e section.

L'or mou et l'action galvanique entre l'or et les métaux non précieux, communication par M. Georges W. Whitefield, d'Evanston (Illinois).

Le traitement de la carie dentaire dans les 1er, 2e et 3e degrés, communication par M. J. Caracatsanis, d'Athènes.

Les oxyphosphates, communication par M. W. B. Ames, de Chicago.

7e section.

De la possibilité d'éviter les crochets métalliques dans les dentiers partiels en vulcanite, communication par M. J. Caracatsanis, d'Athènes.

Séparation du maxillaire supérieur à la symphise, communication par M. C. L. Goddard, de San Francisco.

8e section.

Nomenclature relative aux formes de l'arcade dentaire et aux positions spéciales des dents, communication par M. Garrett Newkirk, de Chicago.

Nomenclature d'anatomie dentaire et des cavités de carie, communication par M. G. V. Black, de Jacksonville (Illinois).

Réunion générale à 8 heures du soir.

(Projections lumineuses, Hall de Washington.)

Contribution à l'étude du développement de l'émail, communication par M. R. R. Andrews, de Cambridge (Mass).

De quelques-unes des forces qui tendent à modifier la forme des dents et de la mâchoire, communication par M. X. Sudduth, de Minneapolis (Minn).

Projections relatives à la communication faite le mardi 15 par M. Zsigmondy dans la réunion générale.

Jeudi 17 août.

Démonstrations pratiques à 9 heures du matin.

Réunion générale à midi.

Chez les anciens Hawaïens (avec diagrammes et crânes d'anciens

Hawaïens), communication par M. J. M. Whitney, d'Honolulu. Points à discuter :

1° Que doit comprendre le cours d'études pour préparer le mieux le dentiste à ses devoirs ?

2° Quels rapports doit avoir la dentisterie avec la médecine ?

Rapport de la Commission destinée à provoquer la nomination de chirurgiens-dentistes dans les armées et les marines du monde (M. M. W. Foster, président).

Réunion des sections à 2 heures 1/2 du soir.

1re section.

Généalogie de l'incisive centrale, communication par M. Althon, H. Thompson, de Topeka (Kan).

Le tempérament humain dans ses rapports avec la dent humaine, communication par M. Eben. M. Flagg, d'Assomption (Paraguay).

Point à discuter : Quels motifs y a-t-il de croire à l'existence de ce qu'on appelle le réticule de l'émail ?

2e section.

Conditions pathologiques des cavités de l'air du crâne résultant de lésion dentaire, communication par M. J. P. Wilson, de Burlington (Iowa).

Points à discuter : 1° La périostite de l'apex peut-elle se produire avec des racines parfaitement stérilisées et obturées ? Si oui, dans quelles circonstances ?

2° Dans quelle mesure la dentition primaire interrompue est-elle un facteur étiologique dans les maladies qui la frappent, notamment dans les désordres pulmonaires, digestifs et intestinaux ?

3e section.

Pas de réunion.

4e section.

Nouvel appareil pour faire durer l'anesthésie sans masque et la bouche ouverte, communication par M. Thomas Fillebrown, de Boston.

Point à discuter : Le sublimé est-il un agent de stérilisation convenable pour la dentine infectée des dents sans pulpe ? Peut-il être employé efficacement à cet effet sans tacher le tissu de la dent par la formation de sulfure de mercure par réaction avec les contenus en putréfaction des canalicules ?

5e section.

Histoire et état actuel de la transplantation de tissus dentaires, communication par M. Louis Ottofy, de Chicago.

Point à discuter : Quels néoplasmes (espèce et degré) nécessitent l'excision du maxillaire inférieur en tout ou partie quand ils siègent sur cet os ?

6e section.

Traitement des canaux radiculaires infectés par la potasse et la soude, communication par M. Emile Schreier, de Vienne.

7e section.

Quelques principes régissant le développement des contours de la face en orthopédie dentaire, communication par M. Calvin, S. Case, de Chicago.

Point à discuter : Quels sont les facteurs étiologiques dans la production (*a*) de la protrusion de la mâchoire inférieure, (*b*) de la rétraction de la mâchoire inférieure ? Quand cette forme d'irrégularité est corrigée, un arrangement compensateur a-t-il lieu dans l'articulation temporo-maxillaire ?

8[e] *section.*

Législation dentaire, communication par M. B. Noble, de Washington.

La dentisterie en Norwège et l'emploi de la cocaïne en dentisterie, communication par Mlle Martine Magnus, de Christiansand.

Réunion générale à 8 h. du soir.

(Projections lumineuses, Hall de Washington.)

Des changements qui surviennent dans le canal pulpaire et autour de lui, communication par M. D. E. Causb, de Brighton (Angleterre),

Méthode immédiate de traitement des irrégularités (avec projections), communication par M. Geo. Cunningham, de Cambridge.

Expositions spéciales par MM. Fillebrown et Zsigmondy à l'appui de comunications faites dans d'autres sections.

Vendredi 18 août.

Démonstrations pratiques à 9 h. du matin.

Réunion générale à midi.

Les dents anglaises à tube, communication par M. John Girdwood, d'Edimbourg (Ecosse).

La suggestion hypnotique comme calmant et sédatif dentaire, communication par M. Thomas Fillebrown, de Boston.

Réunion des sections à 2 h. 1/2 du soir.

1[re] *section.*

Continuation des sujets encore en discussion.

2[e] *section.*

Maladies du palais par rapport à la dentisterie, leur pathologie, communication par M. Vida. A. Latham, de Chicago.

Quelques faits relatifs à l'articulation dentaire touchant les douleurs plus ou moins obscures des dents et des mâchoires, communication par M. L, Van Orden, de San Francisco.

3[e] *section.*

Pas de réunion.

4[e] *section.*

Expériences avec le bichlorure de mercure, communication par M. Carrié Stewart d'Ann Arbor (Mich).

Traitement des abcès du sinus maxillaire, communication par M. E. Lecaudey, de Paris, présentée par M. Barrié, de Paris.

La boricine (*tétraborate de soude*), communication par M. Emile Denis, de Paris, présentée par M. Barrié, de Paris.

5[e] *section.*

Continuation des sujets en discussion.

6[e] *section.*

Méthodes conservatrices pour le traitement des fractures des dents antérieures, communication par M. George W. Whitefield, d'Evanston (Ill).

Technique opératoire, communication par M. D. M. Cattell, de Chicago.

7[e] *section.*

La prudence et la gutta-percha dans les couronnes et le travail à pont, communication par M. Geo. V. J. Brown, de Duluth (Minn).

Etude de la force de mastication des mâchoires, communication par M. Geo. J. Dennis, de Chicago.

8[e] *section.*

Continuation des sujets en discussion.

Samedi 19 août.

RÉUNION GÉNÉRALE à 11 heures du matin.

Rapport de la commission de l'histoire de la législation dentaire aux Etats-Unis et dans les autres pays (M. W. Carr. de New-York, président).

Rapport de la commission des soins des dents des pauvres (M. T. H. Parramore, de Hampton, Va, président).

Contribution à l'étude de l'action physiologique de la cocaïne, communication par M. G. Viau, de Paris.

Discussion de la question : Quels rapports la dentisterie doit-elle avoir avec la médecine?

Remise de la médaille pour le prix sur un travail d'hygiène dentaire à M Geo. Cunningham, de Cambridge.

Observations des délégués étrangers.

Observations du président du Comité exécutif.

Clôture par le président du Congrès.

BANQUET

Le vendredi 18 août, à 8 heures du soir, les dentistes résidant aux Etats-Unis offrirent un banquet en l'honneur de leurs hôtes étrangers, auquel furent invités tous les membres du Congrès. Le banquet eut lieu au Beach Hotel, à Chicago, dans la 51e rue et près du lac Michigan. Le prix d'admission était de 5 dollars par tête *payables seulement par les dentistes des Etats-Unis.*

(A suivre.)

RÉUNION DES DIPLOMÉS DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

(*Samedi 1er juillet* 1893.)

La séance est ouverte à 9 heures, sous la présidence de *M. Poinsot*, directeur de l'Ecole, qui s'exprime ainsi : « Vous connaissez le but de cette réunion, que nous nous attendions à voir plus nombreuse ; il est vrai que la convocation en a été faite précipitamment, mais nous n'en avons pas moins reçu beaucoup d'adhésions, même de la province.

» Je vous prie de vouloir bien constituer un bureau et, pour cela, de désigner des noms. »

M. Francis Jean. — Il est nécessaire que nous soyons présidés par un diplômé, puisque c'est une réunion de diplômés.

M. Gillard est proposé pour la présidence.

M. Gillard. — C'est à notre directeur que revient la présidence.

M. Poinsot se récuse.

M. Gillard déclare ne pas accepter et propose M. Lemerle. La candidature de M. Lemerle est mise aux voix et acceptée par l'assemblée.

M. Lemerle remplace M. Poinsot au fauteuil et propose *M. Roy* pour secrétaire.

Ce dernier décline la candidature comme représentant un journal et venant prendre des notes sur la réunion.

M. Dubois fait remarquer que ce sont les organisateurs de la réunion qui sont responsables et doivent accepter de faire partie du bureau.

M. Lemerle. — Je voudrais rendre la réunion impersonnelle; c'est pourquoi je propose M. Roy. S'il refuse, je proposerai M. Dubois.

M. Dubois insiste sur l'idée qu'il vient d'exprimer.

M. Roy est nommé secrétaire.

M. Lemerle remercie de l'honneur qui lui est fait et demande l'indulgence de l'assemblée en raison de ce qu'il n'a jamais occupé la présidence nulle part.

Il donne lecture de lettres d'excuses de *MM. Bonnard, Lefèvre* et *Godon*.

Il ajoute : Nous serions plus nombreux sans la mauvaise volonté évidente de l'Ecole de la rue de l'Abbaye qui, malgré la démarche faite par M. Berthaux, de Soissons, a refusé de nous communiquer les noms et adresses de ses diplômés.

Notre but est de faire une tentative pour obtenir de la Commission technique siégeant en ce moment au Ministère de l'Instruction publique quelques avantages pour nous, diplômés, dans l'application de la loi. La Commission que le Conseil de direction a nommée mardi dans ce but s'est réunie une seule fois et ne vous présentera pas de rapport ce soir ; mais nous allons discuter ensemble ce que nous pouvons demander.

M. Dubois. — La situation sera bien difficile si un membre du Conseil de direction ne nous présente pas l'état actuel de la question, car ni le journal officiel de l'Ecole ni les procès-verbaux ne nous ont renseignés sur les projets du Conseil supérieur, qui pourtant se réunit le 19 juillet. Tout le monde certainement s'est préoccupé de cette réunion ; aussi la première chose est-elle de nous mettre au courant des faits, ensuite nous verrons ce que nous devons décider.

M. Poinsot. — C'est justement dans ce but que nous nous sommes réunis, et voici où en sont les choses. Depuis longtemps le Conseil de direction s'occupe des intérêts des dentistes et des diplômés, et nous, ses délégués, nous avons eu des entrevues avec les membres de la Commission et nous sommes arrivés à la certitude d'une majorité en notre faveur. La chose n'était pourtant pas facile, car on avait miné le terrain sur bien des points et il a fallu user d'influences sérieuses pour gagner des sympathies. Nous sommes enfin parvenus à être entendus le 16 juin.

La lettre de convocation avait été adressée à M. Lecaudey, qui me la renvoya, ce qui m'a fait me demander si l'on ne suivait pas la même tactique qui avait été de mode antérieurement, mais j'ai su depuis que j'avais eu tort de m'alarmer, car la convocation de l'Ecole de la rue de l'Abbaye avait de même été adressée au Dr Andrieu, décédé, et non au directeur, M. Damain. Bref, nous nous sommes présentés, M. Lecaudey et moi, et nous avons été reçus avec beaucoup de sympathie : MM. Brouardel, Liard et Bouchard nous ont même serré la main ; en un mot, le terrain était favorable.

On nous a posé beaucoup de questions et nous avons défendu le programme de l'Ecole dentaire, car il serait impolitique d'en choisir un autre. Le ministère a écrit en province pour demander aux Facultés des conseils sur la délivrance du diplôme ; aussitôt j'ai reçu de plusieurs professeurs diverses lettres auxquelles j'ai répondu en envoyant le programme de l'Ecole, me demandant si c'était bien le moment de le changer.

Nous avons réclamé l'équivalence des titres ; nous avons fait remarquer que la loi fait entrer dans notre profession beaucoup de personnes qui n'y seraient pas entrées sans elle et que, au lieu de protéger le public, elle le laisse ainsi sans défense ; M. Lecaudey a demandé un seul examen d'anesthésie ; nous avons sollicité des dispositions transitoires plus favorables pour les dentistes exerçant depuis un certain temps. La loi est,

en effet, une expropriation de l'art dentaire et, quand on exproprie, il faut qu'on indemnise; or notre indemnité, c'est une disposition favorable.

On nous a demandé si l'on pourrait avoir des écoles dentaires en province, dans des villes comme Marseille, Bordeaux, Lyon. J'ai répondu que, si l'on accordait aux écoles de province la possibilité de délivrer un diplôme, il fallait nous concéder l'équivalence. Nous avons 110 élèves à l'école, dont 10 Suisses; s'il existait une école à Lyon, ces Suisses ne seraient pas dans la nôtre. J'ai pris précisément cet exemple, parce que l'école de Genève n'a que 8 Suisses. J'ai été arrêté à ce moment par M. Liard qui m'a dit y avoir trouvé beaucoup de monde, à quoi j'ai répondu qu'il y avait certainement dans ce cas de la figuration.

Nous avons examiné le budget, les élèves; M. Lecaudey a comparé les établissements français et américains et conclu en disant : « Soyez le moins exigeants possible pour l'entrée dans la profession, c'est-à-dire à l'école; soyez-le davantage pour la sortie. Imitez les Américains qui ne demandaient au début que de savoir lire et écrire. »

Quoiqu'on ait été charmant pour nous, nous aurions tort de chanter victoire.

Au cours de notre audition, M. Brouardel dit à M. Liard : « Il faut pourtant que nous allions visiter l'école. » Nous fûmes prévenus la veille de cette visite et nous eûmes à peine le temps d'en donner avis. Ce sont MM. Liard, Bouchard, Gréard et Cornil qui l'ont faite.

On avait prétendu que M. Magitot était sûr de son triomphe. Bien que je ne pusse pas le croire, nous nous réunîmes aussitôt, et le lendemain j'allai trouver M. Brouardel; je suis très satisfait de cette entrevue. J'ai pointé les noms et je trouve une bonne majorité en notre faveur. Je lui ai demandé mercredi s'il lui semblait utile d'adresser une pétition au Conseil supérieur. Il m'a répondu : « Oui, mais envoyez-la au Ministre de préférence; nous nous réunissons demain pour statuer sur votre sort : elle arrivera en même temps que le rapport de la Commission technique et tout ira bien. »

M. Lemerle. — M. le président de votre Commission vous a mis au courant de la situation. Voulez-vous examiner sa dernière proposition?

M. Dubois. — Je ne suis pas de l'avis de M. Poinsot sur la meilleure conduite à suivre. J'ai toujours pensé le plus grand bien du programme de l'Ecole dentaire de Paris et j'estime que c'était faire la situation trop belle aux stomatologistes en ne montrant pas l'extension qu'a prise notre profession. Je crois que, si nous avions eu une réunion plus tôt, j'aurais demandé au Conseil d'établir un projet. Les membres de la Commission du Ministère sont nouveaux dans la question et se sont adressés aux Facultés de province; nous avions donc intérêt à leur mâcher les morceaux. Si nous avions tenu cette réunion moins tard, nous aurions été en meilleure situation pour le faire. Je crois très volontiers les déclarations de M. Poinsot, mais, en montrant que nous comprenions la modification légale dont nous sommes l'objet, nous aurions fait œuvre utile. Le programme de l'Ecole cadre très bien avec les idées libérales et l'ignorance des pouvoirs publics en la matière. Il y avait donc quelque chose à faire dans cette voie, mais il ne me semble pas qu'on ait abordé cette question.

Ce n'est pas tout. Si les stomatologistes se sentent battus sur la question des écoles, ils se rattraperont sur celle du jury. Là, nous avons donc aussi quelque chose à obtenir. Si le jury est composé uniquement de leurs partisans, nos étudiants seront en bien mauvaise situation pour obtenir le diplôme. Il y avait donc intérêt à formuler à cet égard la meilleure des solutions.

Comparez avec ce qui s'est passé au-delà de la Manche. Les Anglais ont fait une part très large à la transition: ce n'est que 23 ans après le *Dentist's act* que certaines dispenses d'examen furent supprimées ; dans les premières années il suffisait de faire preuve de quelques connaissances pour obtenir le diplôme de L. D. S. (licencié en chirurgie dentaire). Vous savez qu'il a été créé par ce *Dentist's act* un registre portant les noms de ceux qui pratiquent ; or un certain nombre de dentistes n'y figurent pas, ce qui prouve qu'on a usé de beaucoup de ménagements, et même, 23 ans après, la proportion des dentistes pourvus du diplôme n'est que de 25 0/0, c'est-à-dire que 75 0/0, les trois quarts, n'en sont pas pourvus. La législation anglaise a donc été très douce. Ce n'est que depuis quelques semaines que le Conseil général a enlevé aux Universités américaines de Harvard et de Michigan l'équivalence avec les écoles anglaises.

Nous devrions donc voter une motion demandant : 1° la liberté de l'enseignement ; 2° des représentants des écoles dentaires dans les jurys d'examen ; 3° des dispositions transitoires accordant des garanties comme la loi anglaise. C'est dans ces conditions que nous servirions les intérêts des dentistes français.

M. Poinsot. — Le Conseil supérieur pense que des cours médicaux pourront être faits dans les Facultés. Quant au jury, j'ai récusé M. Magitot, qui n'a pas l'impartialité du juge. Enfin, à l'égard des mesures transitoires, nous ne pouvons pas nous étendre sur les questions d'enseignement, mais nous pouvons demander un seul examen d'anesthésie pour les diplômés.

M. Gillard. — Notre réunion de ce soir a moins pour but de critiquer ce qui a été fait que de voir ce qu'il reste à faire. Dans la question il y a deux choses distinctes : le futur et le présent, c'est-à-dire nous, c'est-à-dire les diplômés, les membres de l'Association. Dans son article 30, la loi parle du *dentiste* et non du *diplômé* ; c'est sur ce point qu'il faut insister auprès de la Commission technique.

Voyez d'autre part l'article 5 : les dispenses sont limitées à trois épreuves ; nous pouvons donc espérer davantage. Si l'on accorde des dispenses aux dentistes diplômés dans les écoles étrangères, *a fortiori* faut-il en accorder aux diplômés des écoles françaises.

Maintenant, comment faire la pétition ? Faut-il demander des dispenses aussi larges que possible ? Je ne le crois pas. Il faut faire valoir notre programme et dire que nos diplômés le connaissent. La loi accorde le droit de pratiquer l'anesthésie générale et notre programme ne la comporte pas ; on peut donc demander seulement un examen d'anesthésie générale pour les diplômés, mais c'est surtout pour les patentés qu'il faut préparer quelque chose.

M. Touchard. — M. Poinsot vient de vous fournir des explications sur les démarches qui ont été faites et de vous donner les meilleures assurances. Je me souviens à ce propos qu'il y a deux ans j'avais aussi apporté ici de bonnes paroles et qu'on m'avait traité à cette occasion de bénisseur. Mais si nous n'avons rien obtenu, comme la Commission ne délibère pas en dernier ressort, il n'est pas trop tard pour formuler un vœu. Or il est évident que nous sommes les mieux placés pour justifier des dispositions transitoires avantageuses ; mais je crois que nous devons faire une distinction, comme nous en avions fait une il y a deux ans, sur les indications de M. Dubois et de votre serviteur.

Il y a un fait, c'est que nous sommes complètement dédaignés. J'avais pourtant rêvé autre chose — et mon rêve était appuyé par M. Brouardel — c'était de former une Commission de dentistes qui au-

raient été désignés par la Commission technique. Au sein de cette dernière on est très divisé, on pense à l'enseignement mixte, au stage, comme pour les pharmaciens. Sous ce rapport, la pétition que vous pouvez présenter aura du bon et je crois que la Commission se rallierait à un programme d'enseignement de ce genre, que je préconise dans mon rapport : nous abandonnerions à l'Etat la partie médicale et nous conserverions la partie professionnelle.

Il ne faudrait pas non plus, dans le jury, être laissé à la merci des stomatologistes. D'autre part, on ne peut pas contester notre science pratique, qu'on a prônée sur tous les tons ; il faut néanmoins passer un examen d'anesthésie et même accepter un stage hospitalier.

Quant aux dispositions transitoires, on ne peut pas nous refuser ce que les Anglais accordent à un diplômé français. Je crois donc que nous sommes, en résumé, en bonne situation pour demander quelque chose.

M. Dubois. — M. Touchard a présenté un rapport avec un plan d'enseignement ; l'a-t-il fait au nom du Conseil de direction ou en son nom personnel ?

M. Touchard. — En mon nom personnel.

M. Dubois. — Il y a donc deux opinions en présence : celle de M. Touchard et celle du Conseil de direction ?

M. Touchard. — A mon retour d'Angleterre, j'ai fait un rapport sur l'enseignement de l'art dentaire dans ce pays.

M. Dubois. — Alors vous n'avez pas soumis votre rapport au Conseil ou bien vous êtes en désaccord avec lui ? Je voudrais des éclaircissements.

M. Touchard. — Je n'ai rien à voir dans la question, non plus que mon rapport.

M. Francis Jean. — M. Dubois demande une explication qu'il est important de donner à nos confrères ici présents.

M. Touchard. — Pendant que je faisais mon rapport destiné au ministre de l'intérieur, un autre a été adressé à celui de l'instruction publique. J'ai fait le mien en mon nom personnel et je demande qu'on ne greffe pas d'incidents de personne sur la question qui nous occupe.

M. Lemerle. — Vous avez parlé de votre rapport et naturellement M. Dubois demande des explications.

M. Francis Jean. — Le Conseil de direction a nommé M. Sauvez rapporteur et a approuvé son rapport.

Nous n'avons donc en aucune manière à tenir compte du travail de M. Touchard, qui s'est toujours refusé à en donner connaissance au Conseil de direction, prétextant que c'était là une production absolument personnelle.

La question qui nous préoccupe actuellement est, comme l'indique M. Dubois, celle des dispositions transitoires et de la constitution du jury. Nous devons émettre un vœu tendant à l'obtention du diplôme d'Etat à certaines conditions, conditions qui nous soient aussi favorables que possible, et faire en sorte de n'être pas obligés d'en subir les épreuves devant un jury hostile.

Nous n'avons pas à discuter ici le programme des études ; de plus, il était impossible de ne pas faire valoir celui qui a servi à l'instruction professionnelle des diplômés; serait-ce utile d'ailleurs? Le Conseil supérieur de l'instruction publique en élaborera certainement un, en se basant sur ce qui a été fait et indiqué à ce jour.

M. Dubois. — Pourquoi pas ? Nous n'avons pas fait de formule éternelle qui doive toujours subsister; notre programme doit être perpétuellement sur le chantier. Encore une fois, il est fâcheux que cette réunion ait lieu si tard, que des vœux venant de divers côtés aient été

présentés, que le Conseil de direction soit divisé sur ce point. Si, en effet, nous différons sur des points de politique professionnelle, il était très aisé de nous entendre sur des questions de détail.

Nous pourrions demander le maintien de la liberté de l'art dentaire, parce que si les stomatologistes ne trouvent pas moyen de sauvegarder leur position, c'est là qu'ils se réfugieront. Il ne faut pas croire non plus qu'on constitue un avantage en faveur de nos écoles.

Le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué pour le 19 juillet, car ce qui vous a entendu c'est une délégation permanente de celui-ci, qui a choisi elle-même une sous-commmission dans son sein; nous avons donc 15 jours devant nous. Mais il est évident qu'il y a un péril, parce que, si nous étions en désaccord devant cette Commission, il serait fâcheux d'en appeler au Conseil supérieur, tandis que si vous en appelez à M. Brouardel nous avons là des auxiliaires.

Nous, diplômés, nous ne pouvons pas nous solidariser avec les dentistes qui n'ont pas fait d'études et nous devons réclamer pour nous un supplément de dispenses (cette idée est exprimée dans un projet publié par moi), mais il faut que le Conseil supérieur soit bien saisi de cette distinction.

M. Francis Jean. — Qu'entend M. Dubois par *liberté de l'art dentaire?*

M. Dubois. — Je veux dire LA LIBERTÉ DE L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE.

M. Lemerle. — Formulez votre manière de voir.

M. Roy. — Nous assistons à un singulier spectacle : une Commission nous convoque à une réunion et elle n'a pas l'ombre d'un projet à nous présenter.

M. Lemerle. — Quand j'ai ouvert la séance, je vous ai dit que nous nous réunissions pour examiner ce qu'il convient de faire.

M. Francis Jean demande que les vœux soient formulés immédiatement.

M. Dubois. — Il est très délicat de rédiger un projet en séance et sur-le-champ, parce qu'il faut un texte irréprochable ; mais on peut exprimer son sentiment.

M. Touchard. — Vous voulez la liberté d'enseignement pour tout le monde ?

M. Dubois. — Je veux le maintien de cette liberté sous certaines conditions, puisque la loi a établi le contrôle en cette matière; mais il faut manifester que nous sommes hostiles à l'école gouvernementale parce que nous avons intérêt à ce que cette liberté soit sauvegardée.

M. Poinsot. — Nous devrions, dit-on, vous présenter un programme. Je répondrai que si nous avions pu le faire nous ne l'aurions peut-être pas fait, parce que nous avions d'abord le désir de vous entendre et de nous rallier à la majorité. Il ne serait donc pas mauvais qu'on présentât un ordre du jour et, s'il survient des difficultés, ce ne peut être que dans la forme.

En demandant la liberté des dentistes, voulez-vous quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour la pharmacie ? Je vous rappellerai à ce propos les incidents Châtain.

Si le gouvernement crée des écoles, il vous fera une concurrence désastreuse, car le jury sera composé des professeurs de ces écoles et l'élève cherche avant tout le diplôme.

En résumé, quelles que soient vos idées, on peut très bien les formuler.

M. Touchard. — Si vous faites voter sur la liberté de l'enseignement, il faut que ce soit tout de suite, et si nous tranchons tout de suite la partie qui sera laissée aux écoles, ce sera un excellent terrain.

M. Dubois. — Au fond, l'idée de M. Touchard me paraît défendable, mais c'est un peu tard ; de plus, il faudra préciser ce que vous entendez

par partie médicale et par partie dentaire. Si vos élèves étudient la médecine, ils n'en profiteront pas. Je suis convaincu, par exemple, que la pathologie générale est bien mieux enseignée ici pour les jeunes dentistes que dans les écoles de médecine. Si donc nous discutons la chose au fond, il convient d'établir une délimitation.

M. Touchard. — Réservez-vous l'enseignement de la technique professionnelle.

M. Lemerle. — Arrêtons les grandes lignes de notre pétition, que nous chargerons la Commission existante ou une autre de rédiger.

M. Levadour donne lecture d'une observation et ajoute : « La femme ne pouvant présenter une patente de 2 ans, quel sera son sort en cas d'accident grave survenu à son mari ? »

M. Touchard. — La loi a tranché cette question.

M. Dubois. — C'est juste, il ne s'agit que de l'enseignement.

M. Lemerle. — Que voulez-vous demander aux diplômés ?

M. Meng. — Il faut d'abord savoir ce que sera le programme.

Un membre. — On peut suivre le système de M. Gillard.

M. Touchard donne lecture d'un texte de dispositions transitoires, demandant un seul examen d'anesthésie après un stage hospitalier de six mois.

M. Martinier. — C'est bien, si l'on impose un stage ; mais pourquoi le demander ?

M. Touchard. — A cause de l'anesthésie.

M. Dubois lit la rédaction suivante : « Les dentistes exerçant en vertu des dispositions transitoires pourront obtenir le diplôme de chirurgien-dentiste en subissant deux épreuves médicales, dont une d'anesthésie.

» Ceux diplômés avant le 1er novembre 1893, ceux appartenant ou ayant appartenu au corps enseignant des écoles dentaires ne subiront qu'une épreuve d'anesthésie. »

Il ajoute : Ainsi, pour les dentistes qui n'ont donné aucune garantie, deux épreuves ; pour les autres, une seule.

M. Gillard. — M. Dubois vise le 1er novembre 1893. Or à cette date il y a des élèves en cours d'études ; il faut donc demander également quelque chose pour eux.

M. Dubois. — La proposition de M. Gillard est de celles que tout le monde désirerait voir accepter par le Conseil ; car on doit distinguer entre le dentiste diplômé et celui qui ne l'est point. Toutefois il se peut qu'un dentiste n'arrive pas au diplôme et, dans ce cas, on ne peut pas prétendre que le même privilège soit accordé à celui-ci et à celui qui n'a point fait d'études.

M. Gillard. — J'entends par élèves en cours d'études ceux qui obtiendront le diplôme.

M. Poinsot. — Les élèves inscrits dans les écoles dentaires passeront dans la classe officielle à laquelle ils appartiendront dans une école libre.

M. Gillard. — Il y a donc une école officielle ?

M. Poinsot. — Ou son équivalent.

M. Dubois. — Dans la concession faite à M. Poinsot, on est simplement dispensé d'examen universitaire, c'est-à-dire qu'on ne passe pas l'examen, tandis que M. Gillard ne demande qu'une épreuve d'anesthésie. Il convient en effet de demander des faveurs pour les étudiants qui ne sont pas dans la situation des praticiens.

M. Gillard. — Nos élèves ont trois ans de scolarité ; il faut les conduire jusqu'au bout.

La proposition de M. Dubois est mise aux voix et adoptée.

M. Gillard demande l'adjonction des mots : « *Ceux d'entre eux qui ont*

obtenu le diplôme avant le 1er novembre 1893 et ceux des deux années suivantes. »

Cet amendement est mis aux voix et adopté.

M. Gillard. — Il importe de dire quelques mots de la composition du jury.

M. Lemerle. — Voulez-vous conserver la même Commission ou en élire une autre ?

M. Gillard. — L'élection d'un nouveau bureau entraîne la remise des pouvoirs de l'ancienne. Il faut donc réélire la même Commission ou en élire une nouvelle.

M. Francis Jean. — Il serait bon que les collègues qui nous ont présenté des amendements en fissent partie : MM. Dubois, Gillard, Poinsot.

M. Roy est proposé. Il refuse : Vous choisissez mal, dit-il ; en ma qualité de médecin, je ne suis pas atteint par la loi et je n'apporterais peut-être pas dans cette question toute l'ardeur qu'y déploierait un intéressé.

M. Martinier. — Je pense que tous ceux qui se sont occupés de la question devraient en faire partie, notamment MM. Godon et Touchard.

La nomination de la Commission, composée de MM. Dubois, Gillard, Poinsot, Godon et Touchard, est mise aux voix et approuvée.

M. Lemerle. — Voulez-vous que nous fixions le jour de notre nouvelle réunion ?

M. Levadour fait observer que c'est inutile.

M. Touchard fait remarquer que la pétition sera signée par tous les diplômés.

La séance est levée à 11 heures 20.

Le secrétaire,
Maurice Roy.

BIBLIOGRAPHIE

La Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, vient de publier :

Ce formulaire est le *premier livre de ce genre publié en France.* Il résume l'art du dentiste, dont le but est la thérapeutique des affections dentaires et la pratique des opérations qui répondent à chaque cas particulier ; au cours

d'un état morbide, il est rare que les indications ne varient pas ; l'auteur a donc rappelé, dans des articles d'une grande concision, les caractères cliniques fondamentaux des principales affections de la bouche et du système dentaire.

La deuxième partie du livre traite :

De l'anesthésie par la cocaïne en chirurgie dentaire.

Le praticien y trouvera:
1° L'historique et la pharmacologie des préparations de cocaïne ;
2° L'action physiologique de la cocaïne ;
3° L'intoxication par la cocaïne ;
4° Le mode d'emploi de la cocaïne ;
5° Le traitement des accidents ;
6° L'anesthésie locale au moyen de la *tropacocaïne*.

En résumé, ce Formulaire est un livre indispensable pour le praticien, qui chercherait longtemps en de nombreux volumes ce qu'il trouvera parfaitement condensé dans ce manuel.

(En vente chez tous les fournisseurs.)

NÉCROLOGIE

Nous venons d'apprendre la mort d'un de nos sympathiques confrères, M. Videau, de Bordeaux, diplômé et lauréat de l'Ecole dentaire de Paris, ancien démonstrateur.

Notre jeune collègue n'a pu profiter des brillantes études qu'il fit à l'Ecole. Il est décédé le 10 septembre dernier à Milianah (Algérie), où il faisait son service militaire.

Le corps enseignant et le Conseil de direction adressent à sa famille l'expression de leurs sincères condoléances pour cette perte cruelle.

NOUVELLES

L'inauguration du monument élevé sur la tombe du Dr Louis Thomas, membre fondateur et professeur à l'Ecole dentaire de Paris, est fixée au dimanche 22 octobre prochain, à 10 heures du matin, au cimetière du Père-Lachaise.

Le corps enseignant, les Conseils d'administration de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des Dentistes de France y assisteront.

Nous invitons les amis, confrères, diplômés et élèves à se joindre à eux.

N. D. L. R.

M. Martin, notre distingué confrère de Lyon, vient de passer son doctorat en médecine avec succès.

Nous félicitons chaleureusement M. Martin, auquel la profession doit tant de travaux scientifiques si intéressants.

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, par raison administrative, a décidé dans sa séance du 19 septembre que l'assemblée générale annuelle aurait lieu le mardi 31 octobre prochain.

Dans cette même séance, la soirée d'inauguration de réouverture des cours a été fixée au samedi 28 octobre.

Le 11e Congrès international des sciences médicales, qui devait se tenir à Rome le 24 septembre 1893, est définitivement ajourné au mois d'avril 1894.

SOUSCRIPTION POUR ÉLEVER UN MONUMENT SUR LA TOMBE DU Dr LOUIS THOMAS

6e *Liste*

M. Rozenbaum,	Paris	20 fr.
Mme Masson,	—	5 »
Mlle Berg,	—	5 »
M. Nickelson,	Limoges	10 »
Ecole dentaire de Paris,		100 »
Association générale des dentistes de France,		100 »
Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris,		150 »
	Total.	390 fr.
	Listes précédentes.	**4.095**
	Ensemble.	**4.485**

AVIS IMPORTANT

MM. les Membres de l'Association générale des dentistes de France sont informés que la quittance de leur cotisation pour l'année 1893 leur sera présentée dans la 2e quinzaine d'octobre.

RECTIFICATION

MM. les Drs Buisseret, Dufour et Messian ont obtenu à l'examen général pour l'obtention du diplôme, session de juillet 1893, 74 points 1/4, 72 points 1/4, 70 points 1/4, abstraction faite des points attribués aux branches théoriques, sur lesquelles ils n'ont pas été interrogés.

Vol. 13. Paris, Octobre 1893 N° 10

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA RÉIMPLANTATION ET DES MOYENS DE CONTENTION

Par M. Barrié,

Professeur suppléant à l'École Dentaire de Paris.

Ma communication n'offre rien de particulier, si ce n'est la présentation d'un petit appareil contentif en platine, déjà soumis au Congrès dentaire de 1889 [1]. Mes confrères en ont certainement oublié la forme et la disposition, la figure n'en ayant pas été reproduite.

Pour donner plus de poids aux conclusions qui suivront ma démonstration théorique, je vais vous relater l'histoire de deux réimplantations, l'une pratiquée à l'Ecole dentaire de Paris par M. Scossas, élève de 3e année, l'autre dans ma clientèle.

La réimplantation est la dernière ressource de la chirurgie conservatrice quand toute la thérapeutique habituelle a été mise en œuvre sans succès.

Certains opérateurs sont partisans de la résection sur place du sommet de la racine altérée, procédé de M. Martin, de Lyon, quelque peu perfectionné par M. Poinsot.

A cette méthode je ferai quelques critiques :

1° Comment déterminer exactement l'endroit et la direction à donner à l'instrument perforateur? L'orifice fistulaire ne constitue pas toujours une indication exacte ; il existe assez souvent à un endroit plus ou moins éloigné de son foyer d'origine, il peut dévier en tous cas un peu à gauche ou à droite ; ensuite il n'y a pas que les dents avec fistules susceptibles d'être extraites ou réimplantées, il y a aussi des dents ayant des racines affectées de petits néoplasmes, de petits kystes ou tumeurs du périoste sans fistules ; dans ces conditions on est donc privé du point précis où devra se faire la trépanation, indiqué d'une façon si absolue par M. Poinsot.

2° Ce procédé ne peut s'appliquer aux molaires, petites et grosses, et cependant beaucoup de nos confrères en ont réimplanté un certain nombre avec succès.

3° Pour la profondeur de la perforation, n'y a-t-il pas danger, comme le fit jadis un opérateur très habile de Lyon, à la Clinique de la rue Richer, de perforer entièrement l'épaisseur des parois alvéolaires et de ressortir à la voûte palatine ? Le même accident peut se produire à la mâchoire inférieure plus facilement encore.

1. Compte rendu du Congrès dentaire de 1889, pages 233-234.

A cette objection M. Poinsot vous répondra que le tissu osseux est moins dense que le tissu de la dent et qu'il est facile de se rendre compte si l'on est arrivé au but. S'il y a résorption de la pointe de la racine, si la racine a subi une légère déviation, il n'en a cure probablement, il recommencera à trépaner jusqu'à ce que le but soit atteint !

Pour moi, qui ai vu des réimplantations datant de 15 et de 25 ans, qui ai personnellement à mon actif des réimplantations datant de 3, de 5 et de 8 ans, je continue à donner ma préférence à cette méthode, non seulement à cause de l'opération que je trouve fort simple, mais encore à cause de la facilité à rendre la dent hors de la bouche parfaitement aseptique, à nettoyer, à obturer les canaux. Après la section de la racine sur place, le traitement antiseptique, l'obturation des canaux reste à faire dans des conditions plus difficiles qu'avec la dent hors de la bouche.

Après cette longue digression, j'en reviens aux divers moyens de contention.

J'attache une grande importance à cette partie en quelque sorte accessoire à l'opération elle-même, et que beaucoup considèrent comme chose négligeable.

1re *Observation.*

M. B..., élève de 1re année à l'Ecole dentaire de Paris, âge 21 ans.

Réimplantation de la grande incisive supérieure gauche par l'élève Scossas, de 3e année, selon la méthode classique.

Tous les petits moyens de rétention ont été employés sans succès.

1° Le fil, à cause de la forme conique des dents, tendait à glisser, maintenait mal la dent en place ;

2° La digue préconisée par Herbst a quitté deux fois ses attaches sur les dents voisines; la seconde application avait été faite par M. Lemerle, professeur ; en outre, elle faisait épaisseur et produisait de la douleur.

Le caoutchouc, en raison de son élasticité, ou ne s'oppose pas d'une façon suffisante à la sortie de la dent hors de son alvéole par suite de la poussée inflammatoire, ou exerce une pression inutile, plutôt nuisible sur toute la surface alvéolaire.

Enfin l'absence de dents voisines empêche son application.

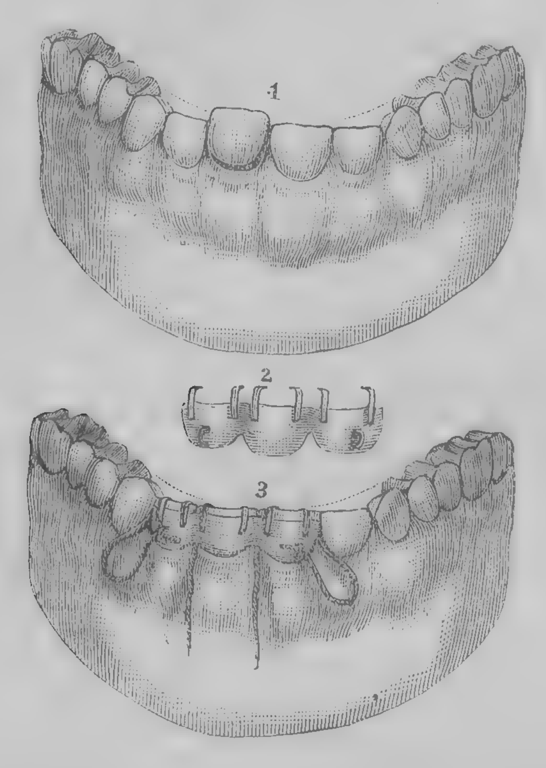
3° L'appareil en vulcanite que j'ai l'honneur de vous présenter fut employé sans succès à cause de l'épaisseur, qui gênait la mastication, et aussi à cause de petits défauts accessoires que je ne pourrais vous indiquer sans l'appareil en place.

Les appareils en vulcanite, à part quelques cas favorables, sont d'une façon générale disgracieux, encombrants, et s'opposent au bon fonctionnement de la mastication.

Enfin, au bout de dix jours, la dent étant toujours très mobile, je fis faire le petit appareil en platine que je vais vous présenter dans la bouche du malade. (Voir la figure ci-contre.)

Quatre jours après l'application de ce petit appareil, la dent commençait à se consolider, le patient ne souffrait pas, l'articulation était parfaite.

Au bout de quinze jours, consolidation complète.



N° 1. Mâchoire supérieure avec la grande incisive centrale gauche légèrement soulevée pour indiquer la dent à réimplanter.
N° 2. Petit appareil en platine mince modelé sur les dents voisines et surmonté de six griffes en fil de platine pour sertir les dents.
N° 3. Appareil en place avec les extrémités des ligatures passant dans les petits anneaux pour fixer l'appareil.
(L'original se trouve au Musée de l'Ecole dentaire de Paris.)

Cet appareil est facile à faire; en voici le *modus faciendi.*

Une petite plaque en platine très mince est façonnée avec le brunissoir sur la partie antérieure de la dent à réimplanter et des deux dents voisines, elle festonne les dents au collet et monte jusqu'au tiers du bord libre. Six petits fils fins et plats en platine sont soudés à la plaquette, 2 pour la dent réimplantée, 2 pour chaque dent voisine. Ces fils sont recourbés à la pince au moment de la mise en place de l'appareil et sertissent en quelque sorte les dents avec lesquelles il est en rapport; un petit fil de platine, soudé en forme de demi-lune aux extrémités de la plaquette, laisse passer la ligature de platine ou

de soie destinée à maintenir l'appareil en place. Les points faibles sont renforcés par la soudure.

2° Observation.

Je fis une réimplantation à une jeune fille âgée de 19 ans, élève à l'Ecole normale de Sèvres.

La dent réimplantée était la 1re petite molaire inférieure gauche. Désirant me donner le moins de mal possible, je laissai la dent après la réimplantation abandonnée à elle-même, comptant sur les dents antagonistes pour la maintenir dans son alvéole. Au bout d'une huitaine de jours, la dent exécutait à chaque ouverture des mâchoires un mouvement ascentionnel inquiétant et ce mouvement continuel de va et vient de la dent dans le sens vertical produisait une certaine douleur.

Immédiatement je construisis un petit appareil mince en platine, coiffant simplement la partie supérieure de la molaire; je meulai les points de contact avec la dent antagoniste, au moyen de deux petits fils en platine partant de cette coiffe, et je maintins le tout avec des ligatures de soie aux dents voisines.

J'eus le plaisir de voir la dent prendre rapidement de l'adhérence avec l'alvéole, et au bout de trois semaines j'obtins une consolidation parfaite. L'estampage de la petite calotte se fait avec le métal fusible Darcet La disposition de ce petit appareil est si simple qu'il me paraît superflu d'en donner la description.

Conclusions.

1° La réimplantation dans la plupart des cas nous paraît préférable à la section des extrémités des racines des dents sur place;

2° L'immobilité absolue de la dent est une condition *sine qua non* de succès complet. Les dents abandonnées à elles-mêmes peuvent dans quelques cas, les molaires par exemple, donner des succès relatifs;

3° Les appareils en platine mince estampés sont préférables aux autres procedés de rétention. Ils sont légers, peu encombrants, se prêtent à toutes les combinaisons, empêchent tout déplacement, n'entravent nullement les fonctions de la mastication.

CONSIDÉRATIONS SUR QUELQUES OBSERVATIONS CLINIQUES

Par M. Léon Frey,

Interne des hôpitaux de Paris, chargé de cours à l'École dentaire.

I. — Symptômes pseudo-dentaires de la périostite externe du maxillaire inférieur

Permettez-moi de vous entretenir de deux observations qui m'ont particulièrement intéressé. Dans les deux cas il s'agit d'une périostite

externe du maxillaire inférieur consécutive à de l'adénite avec périadénite et simulant à s'y méprendre, par ses symptômes, une affection d'origine dentaire; ce sont là, si vous voulez bien me passer l'expression, des *symptômes pseudo-dentaires*, sur lesquels je désire attirer votre attention, d'autant plus que nulle part je ne les ai vus signalés.

Le 17 mai, je vois arriver à ma consultation de l'hôpital Saint-Antoine (service du Dr Ch. Monod) un malade de 22 ans, le nommé D..., pâle, défait, avec un empâtement sous-angulo-maxillaire très net, à droite du trismus, une haleine extrêmement fétide, un mucus buccal abondant et épais, voilant pour ainsi dire la forme des dents, même des dents de bouche, en somme un véritable état de cachexie buccale, selon l'expression de Chassaignac. En outre, ce malade se plaint d'une douleur extrêmement vive tout le long du nerf dentaire inférieur droit, avec irradiations jusque dans l'oreille.

Ma première pensée, vous le concevez, fut qu'il s'agissait là d'accidents d'origine dentaire, dus probablement à une carie d'une grosse molaire inférieure du côté droit, ou d'un accident de dent de sagesse. Le trismus très intense m'empêchant de faire un examen approfondi de la bouche du malade, je me contentai de lui prescrire des lavages répétés, avec une solution chloralée et une solution phéniquée faible.

Le soir même, la température n'était que de 38°, le trismus diminuait légèrement, et D... pouvait avaler quelques aliments liquides.

Dès le lendemain matin, l'amélioration de l'état général et surtout local me permettait d'examiner sérieusement la bouche de D... Il avait *toutes ses dents, y compris ses dents de sagesse ; pas une n'était cariée*, aucune ne présentait de la douleur, *soit spontanée, soit provoquée*. Mais la pression intra-vestibulaire, avec le doigt, de toute la face externe du maxillaire inférieur du côté droit était douloureuse. En outre les irradiations le long du dentaire inférieur, jusque dans l'oreille, avaient persisté, quoiqu'un peu atténuées.

. Enfin je vous rappelle l'induration sous-angulo-maxillaire que je vous signalais en commençant.

L'examen de la bouche restant donc négatif au point de vue dentaire, j'examinai l'isthme du gosier, et vis immédiatement que l'amygdale droite était rouge, très hypertrophiée, le malade accusait d'ailleurs une grande gêne pour déglutir.

Voici alors comment, en l'interrogeant, je pus reconstituer sa bien curieuse histoire. Huit jours auparavant il se trouvait brusquement atteint d'une *amygdalite aiguë droite* très violente, qui ne suppura pas, mais entraîna tout de suite une adénite sous-maxillaire intense. Cette adénite provoqua à son tour de la périadénite avec empâtement et induration sous-angulo-maxillaire. C'était le premier stade du phlegmon sous-angulo-maxillaire de Chassaignac.

En même temps (ici j'attire toute votre attention), l'inflammation s'étendait au périoste externe du maxillaire inférieur à droite et *c'est cette périostite consécutive qui entraînait les symptômes pseudo-dentaires de trismus avec irradiations douloureuses dans l'oreille.*

Je n'insiste pas sur l'histoire ultérieure de D... ; grâce au traitement local et général, l'amélioration s'accentua rapidement, et le 22 mai il quittait le service complètement guéri.

La seconde observation que je vais vous exposer ressemble beaucoup à la première, mais, comme vous allez le voir, les symptômes pseudo-dentaires ont été encore plus nets par le fait d'une localisation douloureuse plus précise. Il s'agit d'un garçon de café, nommé G..., âgé de 25 ans ; il eut une pleurésie en 1885 dont il a très bien guéri ; il n'est pas sujet aux bronchites. En 1890, au Sénégal, il fut atteint par l'intoxication palustre, et depuis cette époque, tous les mois il a un accès de fièvre ; au moment de ces accès il n'y a jamais rien eu à noter de particulier du côté du système lymphatique.

Le 2 juin dernier, G..., surmené par son travail, fatigué, affaibli, eut un accès beaucoup plus violent que d'ordinaire, et il fut obligé de garder la chambre. En même temps apparaît une adénite sous-maxillaire gauche très douloureuse à la pression, qui ne tarde pas à s'accompagner d'un gonflement périadénitique notable avec induration sous-angulo-maxillaire.

Le 4 juin, trismus intense, *douleurs violentes le long du dentaire inférieur* jusque dans l'oreille, du côté gauche et aussi *au niveau de la deuxième petite molaire inférieure gauche*, douleurs spontanées, nullement provoquées par le chaud, le froid, la percussion. Mais la pression intra-vestibulaire, avec le doigt, de toute la face externe du maxillaire inférieur du côté gauche est très douloureuse. Le malade consulté, et *malgré l'absence de toute lésion dentaire*, à cause de la localisation douloureuse au niveau de la deuxième petite molaire inférieure gauche, celle-ci est arrachée. A la coupe, elle est *reconnue saine*. Cependant les phénomènes douloureux persistent avec la même intensité, sur la même étendue, avec la même irradiation et avec la même localisation au niveau d'une dent qui n'est plus.

Bien plus, tous les symptômes précédents s'accentuent peu à peu et se compliquent d'un *vaste adéno-phlegmon sous-maxillaire*. C'est à ce moment-là, *le 8 juin*, que G... consent à entrer dans le service de mon maître, le Dr Ch. Monod. Je lui ouvre immédiatement son phlegmon; le pus, examiné bactériologiquement, est reconnu *sterile*.

Le 9 juin, les douleurs irradiées et localisées, le trismus diminuent.

Le 15 juin, guérison absolue.

Je ne crois pas devoir insister plus longtemps sur les deux observations que je viens de vous exposer ; j'ai tenu seulement aujourd'hui à attirer votre attention sur les signes pseudo-dentaires de la périostite externe du maxillaire.

Dans les deux cas, la filiation des symptômes est simple adénite, périadénite, inflammation du périoste par contiguïté, et cette périostite produit à son tour le trismus, la douleur à la pression de la face externe du maxillaire, des irradiations jusque dans l'oreille, et sa localisation au niveau de la deuxième petite molaire, point d'émergence le plus souvent du nerf dentaire inférieur.

II. — Fibromes multiples des gencives de la machoire supérieure

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans et demi, sur la mâchoire supérieure duquel se sont développées peu à peu, dans ces dernières années, trois tumeurs gingivales assez volumineuses et dures. La 1re a le volume d'une petite noix, la 2e d'une amande, la 3e d'une petite noisette. Elles étaient implantées par toute leur base sur la gencive, non pédiculées, par conséquent immobiles. L'une d'elles, la plus grosse, commençait à cacher le collet des 3 dents (2e petite molaire et 2 1res grosses molaires supérieures gauches) au niveau desquelles elle était implantée.

Ces trois tumeurs furent facilement enlevées au bistouri. Elles furent examinées au microscope ; c'était du fibrome pur.

III. — Kyste branchial sus-hyoïdien gauche, empiétant sur la région massétérine au point de simuler un kyste d'origine dentaire

Ce kyste fut disséqué et enlevé le 1er juillet dernier ; il commençait au niveau du muscle mylo-hyoïdien gauche, remontait sur le masséter, se prolongeait même du côté des vaisseaux carotidiens sous le sterno-mastoïdien.

Huit jours après, le malade quittait le service tout à fait guéri.

Détail typique à noter : la palpation attentive de la tumeur, que nous avions faite avant l'entrée du malade dans le service du Dr Monod, avait irrité par contiguité le périoste du maxillaire inférieur du côté gauche et déjà L... se plaignait de légères douleurs le long du dentaire inférieur, avec localisation au niveau de la deuxième petite molaire, quand il a été opéré.

REVUE DE L'ÉTRANGER

NOUVEAU PROCÉDÉ, BASÉ SUR LA DÉCOMPOSITION CHIMIQUE, POUR DÉTRUIRE LA NOCIVITÉ DU CONTENU SANIEUX DES CANAUX RADICULAIRES

Par M. Emile Schreier, de Vienne.

Qu'on me permette, en vue des explications qui vont suivre, de donner une définition schématique très inexacte de la gangrène de la pulpe et de séparer le contenu gangréneux d'une cavité pulpaire et des canaux radiculaires en eau et en nombreux produits qui y sont en partie dissous, en partie suspendus. Ceux-ci sont indiqués d'une manière générale comme des corps albumineux dans diverses phases de décomposition des corps gras, des acides graisseux, des nombreuses combinaisons gazeuses, notamment de l'hydrogène sulfuré, de l'hydrogène phosphoré, de l'acide carbonique, de l'ammoniaque, de l'azote en liberté, etc., et enfin une armée de microorganismes des formes les plus diverses.

J'imagine, en laissant de côté provisoirement le foramen de l'apex, que cette masse se trouve dans le canal radiculaire limité par des parois rigides, insensibles, dans un tube à réaction très étroit où elle puisse être soumise à un changement chimique. Ce changement est l'élément de mon mode de traitement et à cet effet je me sers d'une préparation comprenant du potassium et du sodium à l'état métallique et sous une forme telle qu'ils restent suffisamment adhérents à un tire-nerf denté en petites particules. Quand l'ouverture du canal radiculaire est mise à nu et propre, j'introduis lentement dans le canal une aiguille frottée à la pointe dans ce mélange. Aussitôt sort en abondance à côté de celle-ci, en sifflant et en formant des bulles, une masse onctueuse. Si l'on sent l'aiguille de près, on constate un changement bien marqué dans l'odeur, facile à reconnaître, comme celle du savon noir. Cela explique le phénomène chimique. Les deux métaux introduits dans le canal radiculaire arrivent à une liquidité aqueuse; aussitôt la réaction violente connue se produit. Sous l'influence d'une température élevée, l'eau se décompose pour former de l'hydroxyde de sodium, de l'oxyde de sodium et de l'hydrogène. Ce dernier brûle sans doute. Pour chaque cas l'hydrogène naissant ne peut produire qu'une action favorable à notre objet. Les hydroxydes lient les corps gras au savon ; de là l'odeur ci-dessus mentionnée. On essuie alors l'ouverture du canal ainsi que l'aiguille employée, on prend un peu de la préparation et on répète l'opération en pénétrant plus avant dans le canal. Il n'en sortira alors presque rien ; mais si l'on répète le procédé plusieurs fois, le contenu du canal se change en une masse de consistance solide qui s'attache à l'aiguille et se laisse enlever pour la plus grande partie. Cette évacuation n'est pas indiquée tout d'abord, car, la réaction finie, les savons fortement alcalins et les alcalis libres développent leur action. Comme on sait, les alcalis rendent solubles les corps albumineux. Cette action dissout les restes de tissus encore adhérents à la paroi du canal radiculaire. Cette propriété de l'alcali rend possible en outre une action éloignée, et quoique j'attache peu d'importance à mes déductions, je désire les mentionner, parce que, il y a quelque temps, de divers côtés, on a recommandé sérieusement de renoncer à l'acide carbonique à cause de ses propriétés de coagulation albumineuse. Et de fait, beaucoup de médecins-dentistes emploient maintenant l'huile d'éther pour désinfecter.

J'entreprends de vider le canal radiculaire dans une deuxième séance, trois jours après, et je bouche la cavité avec de la cire jusque-là.

Ainsi que je l'ai dit, le contenu du canal demeure aisément adhérent à l'aiguille dentée. Pourtant je n'attache aucune importance à débarrasser le canal de son contenu, car je suis persuadé de la destruction totale de tous les microorganismes par le traitement qui a été suivi. Je nettoie jusqu'à ce qu'on y pénètre bien, j'y introduis un brin de ouate trempé dans l'alcool en dernier, pour ne recourir à aucun antiseptique.

Quant aux résultats de mes essais jusqu'à présent, j'en parle plus loin.

Contre les déductions théoriques présentées jusqu'ici, c'est à peine s'il y a quelque chose d'important à dire.

Maintenant il faut se demander comment les choses se passent dans la pratique.

1° La réaction violente qui se produit avec un vif dégagement de gaz ne pousse-t-elle point de substances inflammatoires par le foramen de l'apex dans l'alvéole?

2° La préparation tient-elle assez solidement à l'aiguille pour être mise en contact avec toute la masse dans chaque canal radiculaire pénétrable en général, ou bien ne demeure-t-elle pas plutôt à l'entrée où elle s'écarte et ne produit plus d'effet?

3° Des recherches bactériologiques sûres ont-elles prouvé la stérilisation complète des canaux radiculaires?

Je suis obligé de laisser sans réponse cette dernière question, car je ne me suis livré qu'à des essais très défectueux qui n'ont aucune force probante. Quoique familier avec les principes de la bactériologie et les méthodes de recherches fondamentales, je n'ai pu me risquer à la solution de cette question. J'ai trois fois inoculé dans la gélatine le contenu de canaux radiculaires après la manipulation et deux fois porté sur la même substance l'extrémité tournée vers la pointe de la racine d'un brin de ouate restée en position 48 heures. La gélatine ne présente aucun germe au bout de 12 et même de 16 jours. Mais je ne revendique, ainsi que je l'ai dit, aucune force probante pour ces essais.

La crainte de provoquer une infection par le foramen apical est assurément très légitime. Toutefois cette infection ne se produit que très rarement. Le diamètre du canal radiculaire diminue constamment contre la pointe de la racine et les gaz produits par la réaction se répandent plus facilement près de l'aiguille à l'ouverture. Pour trancher cette question, je me suis appuyé sur l'essai suivant : une racine de canine extraite, dont la pulpe était décomposée, fut plantée dans un bouchon de liège et avec celui-ci on boucha une éprouvette remplie d'eau ; cette dernière fut renversée, de sorte que la pointe de la racine plongeait dans la colonne liquide. Alors le contenu du canal nerveux fut soumis à la réaction. On aurait dû remarquer quelque gaz dégagé par la pointe de la racine dans la colonne liquide sous forme de petites bulles ; mais on ne remarqua rien.

Dans aucun cas le danger d'une infection n'est plus grand qu'avec la méthode actuelle de traitement, où il est nécessaire d'introduire l'antiseptique employé sur des brins d'ouate dans la masse corrompue et où, indépendamment de la possibilité de pousser directement dans l'alvéole des agents inflammatoires, on doit craindre d'agir avec l'aiguille garnie d'ouate comme avec le piston d'une seringue et de pousser devant soi le détritus infectieux.

J'affirme de plus que la préparation adhère assez fortement à l'aiguille pour être introduite dans le canal nerveux et y produire son action. Naturellement une certaine attention est nécessaire de la part de l'opérateur. Elle lui permettra d'employer le procédé où on ne peut pas actuellement parvenir avec ceux en usage et d'appliquer le

traitement à des dents auxquelles peu d'entre nous s'étaient attaqués jusqu'à présent.

Naturellement, celui qui agit sans précaution peut provoquer aisément, en essayant le procédé, une infection de l'alvéole ou aboutir à ce qu'il n'amène pas de résultat.

Voici le relevé des cas traités jusqu'ici :

En tout 16, dont 5 bicuspidées sur lesquelles 3 atteintes de fistule. Dans tous les cas il y eut obturation avec la pâte de Hill, dès la 2e séance — c'est la règle à suivre — ; quelques fistules avaient déjà disparu. L'intervalle entre la 1re et la 2e séance s'étendait de 3 à 8 jours.

Deux petites incisives supérieures, dont l'une avec fistule, furent obturées au ciment.

Deux incisives centrales supérieures, l'une avec fistule (dans celle-ci est resté le morceau d'un tire-nerf qui s'est brisé pendant le traitement), furent obturées au ciment.

Deux canines supérieures furent fermées avec la pâte de Hill.

Trois bicuspidées inférieures avec du ciment.

Une canine inférieure fut fermée avec du ciment.

Une molaire inférieure, dont les canaux n'étaient accessibles que jusqu'au milieu pour l'aiguille la plus fine, avec de la cire.

Il va de soi qu'on ne peut tirer aucune conclusion certaine de ce petit nombre de cas. Mais on peut supposer avec toute vraisemblance que dans aucun d'eux il ne fut amené d'infection de l'alvéole par le traitement.

Quelques indications encore pour ceux qui veulent essayer la préparation. Le tire-nerf doit être très flexible, parce qu'il pénètre plus facilement dans le canal. Il faut faire, quand la préparation est introduite, des mouvements en tournant et en secouant pour la répartir dans la sanie et on reconnaît l'effet à un grincement. Bien noter que les tire-nerfs se brisent facilement quand ils ont été employés quelquefois. On constate parfois que les patients se plaignent de sensibilité quand on introduit la préparation ; dans ce cas, c'est qu'il reste encore de la pulpe. Mais on réussit presque toujours à l'enlever avec le tire-nerf en un morceau de même apparence, car il est facilement dégagé par l'action de l'alcali de son adhérence à la paroi du canal radiculaire.

(Zahntechnische Reform.)

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du mardi 4 juillet 1893.

Présidence de M. Francis Jean, vice-président.

La séance est ouverte à 9 heures 40.

M. Francis Jean. — J'ai l'honneur de remplacer M. Viau, votre président, qui se trouve empêché d'être parmi vous ce soir et vous prie de l'excuser.

M. Martinier, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal de la séance du 2 mai.

M. Touvet-Fanton. — J'ai compris que M. Meng me demandait quel était le diamètre du sinus et j'ai répondu *ironiquement* qu'il était difficile de le mesurer.

Ailleurs, au lieu de fibres de coton, j'ai parlé de *fibres de toile.*

Sous le bénéfice de cette observation, le procès-verbal est adopté.

M. Martinier donne ensuite lecture du procès-verbal du 6 juin qui est adopté sans observation.

Il est échangé quelques idées à propos du travail de M. Francis Jean qu'il mentionne.

M. Deschaux. — Le déplacement de l'appareil, en produisant un vide, n'occasionne-t-il pas de blessures?

M. Francis Jean. — Mon appareil n'occasionne même pas d'irritation.

M. Deschaux. — Quand nous posons un appareil, il agit sur les dents.

M. Martinier. — L'appareil en question ne prend pas exclusivement son appui sur elles.

M. Deschaux. — La compression est-elle assez douce?

M. Francis Jean. — Elle l'est à volonté. Quand on veut agir trop vivement, il se produit sous l'appareil et à son point culminant un petit vide dans la voûte palatine; ce défaut d'adhérence empêche l'irritation de la muqueuse.

M. Josef. — Il y a une légère condensation du tissu en certains points.

M. Swaycarski. — On ne peut employer l'appareil que quand la voûte palatine est presque droite.

M. Deschaux. — L'avez-vous beaucoup employé?

M. Francis Jean. — Il est surtout applicable dans les cas d'atrésie. J'ai eu une quinzaine de cas depuis deux ans.

I. — Considérations sur quelques observations cliniques par M. Léon Frey

M. Frey donne lecture de sa communication (insérée aux *Travaux originaux*).

I

DISCUSSION

M. Josef. — Ces fibromes ont-ils été localisés à la cavité buccale?

M. Frey. — L'individu n'en présentait nulle part ailleurs.

M. Touvet-Fanton. — Il est assez rare de trouver tant de tumeurs fibreuses chez le même individu!

M. Francis Jean. — Depuis quand l'ablation est-elle faite?

M. Frey. — Depuis les premiers jours de juin. Actuellement la surface est lisse et je ne crois pas à une récidive.

II

DISCUSSION

M. Deschaux. — Quelle est la genèse d'un pareil phlegmon ?

M. Frey. — L'adénite d'abord phlegmoneuse.

M. Josef. — Il n'y a point de relation entre le paludisme et cet état.

M. Frey. — Il s'agit ici d'un individu épuisé présentant un mauvais état général et en même temps atteint d'intoxication palustre.

M. Josef. — La bactériologie n'a pas dit son dernier mot.

III

M. Francis Jean. — J'adresse de vifs remercìments à M. Frey qui nous a présenté d'intéressantes observations et je le prie, au nom de la Société, de vouloir bien nous en réserver d'autres de ce genre à l'avenir.

II. — Traitement par l'électrolyse du 4e degré compliqué par M. Poinsot

M. Poinsot donne lecture d'une note sur ce sujet (voir *Travaux originaux*, nº d'août).

DISCUSSION

M. Francis Jean. — Le traitement est-il rapide ?

M. Poinsot. — Dans l'espèce, la dent a été désinfectée et le confrère de province avait parfaitement fait les choses.

M. Francis Jean. — L'électricité nous réserve encore bien des surprises. Elle ouvre une voie nouvelle dans laquelle il se peut qu'on trouve une arme de plus pour la thérapeutique dentaire.

M. Josef. — On peut appliquer l'électrolyse à la désinfection des canaux.

M. Poinsot. — C'est une bonne chose. Si les micro-organismes vivent et pullulent, ce n'est que dans les milieux qui leur sont favorables. En mettant une pointe de platine sur un point, vous formez un pôle positif et vous transformez le milieu ; or en changeant ce dernier vous modifiez les micro-organismes si vous ne les tuez pas. C'est ainsi qu'en électrisant des grenouilles on remarque des modifications dans la structure intime de leurs tissus. Un jour, je fis faire des recherches microbiochimiques sur une dent qui donnait de l'érysipèle. Le streptocoque de cette affection a été cultivé comme on sait ; mais il s'était transformé dans ce cas.

M. Deschaux. — Il peut s'opérer des transformations dans les microbes.

M. Deschaux. — Quel coefficient atteignez-vous ?

M. Poinsot. — Je n'ai pas dépassé 5 milliampères et je vous engage à ne pas franchir ces limites. Je possède aujourd'hui un appareil transformateur parfait.

M. Touvet-Fanton. — On ne doit pas causer de douleur au patient ; quand il en survient, il faut s'arrêter.

M. Poinsot. — J'ai eu de la douleur à 2 milliampères. Pour ma part, j'ai expérimenté l'électrolyse sur moi-même, car j'ai de l'hypertrophie des fosses nasales ; eh bien, la douleur s'étendait sur les petites molaires latérales !

M. Deschaux. — Le sujet n'est pas paralysé ?

M. Poinsot. — Non, car une partie seulement du sujet est électrisée.

M. Francis Jean. — Je constate une fois de plus que M. Poinsot est toujours à la tête des vulgarisateurs en dentisterie opératoire et je l'en félicite.

Maintenant, mes chers confrères, nous allons nous séparer pour quelque temps et prendre les vacances traditionnelles. Je souhaite qu'il vous soit possible de les mettre à profit pour nous rapporter une ample moisson de communications intéressantes, surtout sur la prothèse, que nous négligeons toujours un peu trop. Quelles que soient les transformations légales que notre corporation puisse subir, la prothèse restera toujours la caractéristique de notre profession ; ne la délaissons donc pas.

La séance est levée à 10 heures 3/4.

Le secrétaire général,
P. MARTINIER.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO

RAPPORT

Adressé au Conseil de direction de l'École dentaire de Paris

Par M. J. BARRIÉ,

DÉLÉGUÉ DE L'ÉCOLE ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE, ACCRÉDITÉ PAR M. LE MINISTRE DU COMMERCE

(Suite)

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

Mardi 15 août.

Les cliniques de prothèse au collège de chirurgie dentaire de Chicago n'eurent pas lieu le mardi matin. La seule chose rentrant dans cette section était une collection intéressante de pièces diverses fabriquées par M. Paul-Alfred Kölliker, de Zurich, pendant les années 1848 à 1893. La plus importante était un obturateur s'adaptant à tous les mouvements du voile du palais, fixé par une charnière en or à une plaque de vulcanite, une invention fort jolie. Un autre obturateur était moins ingénieux.

Il y avait deux ou trois spécimens curieux de travail prothétique faits au début de la carrière de M. Kölliker. L'un était un dentier inférieur sur une base sculptée dans la défense d'un hippopotame, avec des dents naturelles ; il avait été placé dans la bouche en 1855 et porté continuel-

lement jusqu'en 1867, époque où il vint en la possession de M. Kölliker par suite de la mort du patient. Un autre était un dentier supérieur avec des dents anglaises à tube sur le devant sur une plaque d'or et des morceaux d'hippopotame pour les molaires. Cette pièce fut mise dans la bouche en 1870 ; elle est très habilement faite.

Une autre curiosité de la collection consistait dans un dentier partiel supérieur et un dentier partiel inférieur en or, réunis par des ressorts en spirale. Ils portaient des dents naturelles, ainsi que des dents sculptées dans l'hippopotame, présentant les unes et les autres de la carie survenue après la mise en place dans la bouche. Ces dentiers remontaient à 1830 environ.

15 *août*.

I

Préparation et obturation des canaux des racines,

Par M. G. H. Woolley, de Chicago.

Il s'agissait d'une première molaire supérieure droite qui avait été traitée préalablement et dont les canaux radiculaires avaient été rendus antiseptiques.

La digue fut appliquée, l'obturation provisoire enlevée, les canaux furent séchés avec de la ouate absorbante, puis remplis d'alcool qui fut volatilisé au moyen de l'instrument de Small. Les canaux furent alors séchés complètement avec le sécheur Woolley qui fut chauffé au rouge, la pointe de cuivre étant amenée jusqu'à l'apex de la racine ; une fois refroidi, cet instrument fut chauffé de nouveau et introduit encore dans le canal ; cette opération fut répétée plusieurs fois jusqu'à l'absence complète de toute buée (ce qui indique l'absence absolue de toute humidité). Les canaux radiculaires furent ensuite remplis d'eucalyptol, l'excès en fut enlevé avec de la ouate, le reste volatilisé par l'emploi de l'instrument à air chaud de Richmond. Ils furent alors remplis de chloro-percha et un cône de gutta-percha y fut introduit jusqu'à ce qu'il produisit une légère douleur (ce qui prouva que l'apex était fermé).

Les remarques principales de l'opérateur portèrent sur ce que l'emploi de l'eucalyptol par la volatilisation rend aseptiques et neutres les substances restant dans les canaux, mais il faut avoir soin de ne pas anesthésier la membrane au-delà du foramen de l'apex, car, sans cela, on n'a aucune indication sur l'obturation de la racine et on peut introduire de la gutta au-delà de l'apex et se créer des difficultés pour l'avenir.

II

Traitement de la pulpe en putréfaction [1],

Par M. Émile Schreier, de Vienne.

L'opérateur démontre l'emploi de sa préparation de potassium et de sodium pour nettoyer et rendre antiseptiques les canaux des racines en putréfaction. La théorie sur laquelle cet emploi est basé consiste en ce que le potassium venant en contact avec l'eau du canal de la racine est changé en hydrate de potassium, lequel, se mélangeant avec les corps gras putréfiés, forme un savon antiseptique. Cette substance est enlevée et le canal radiculaire est séché de la manière ordinaire et obturé immédiatement.

L'opération ne dura que quelques minutes et, à part la douleur causée par la chaleur excessive dans les canaux par suite de l'action chimique, elle sembla avoir réussi.

1. Voir ci-dessus, p. 439.

III

Coiffage de la pulpe et protection de la dentine sensible,

Par M. Charles Sill, de New-York.

L'opérateur se servit d'un mélange comprenant 15 parties d'oxyde de zinc et 1 de vaseline. La cavité fut préparée pour l'obturation, le mélange versé sur la pulpe; l'excès enlevé, on recouvrit d'oxyphosphate (le reste de la cavité pouvant être obturé avec une substance convenant au cas en présence). L'opérateur prétend que ce coiffage ne laisse absolument aucune sensibilité après l'obturation.

IV

Extraction des dents sans douleur,

Par M. Charles E. Blake, de San Francisco.

L'opérateur se servit de muriate d'éther (chlorure d'éthyle) sur deux tampons de ouate, un de chaque côté de la dent, laissés en place jusqu'à ce que la gencive commençât à blanchir, puis ils furent enlevés et les dents furent avulsées. L'opération réussit, l'anesthésie locale persistant environ 3 minutes après l'achèvement de l'opération.

V

Aurification avec le tour et le maillet mécanique de Bonwill,

Par M. G. A. Bonwill, de Philadelphie.

Il s'agissait d'une cavité enveloppant la totalité de la couronne de la 1re molaire supérieure, dont la pulpe était intacte. L'opérateur employa de l'or adhésif en feuilles n° 20 d'Abbey et de l'or non adhésif en feuilles n° 5, d'Abbey également, qu'il tassa sur le premier. Il se servit seulement de fouloirs à pointes lisses. L'opération fut terminée en 29 minutes et n'exigea qu'un cahier de feuilles d'or.

VI

Présentations diverses.

M. H. N. Young montra des dessins et des moulages des mâchoires d'un cas d'ostéite déformante ou acromégalie, qui avait fait l'objet d'une communication à la réunion des Sociétés de Pennsylvanie et du New-Jersey, il y a 2 ans.

M. Richards, de Knoxville, montra une série de dents artificielles trouvées dans un banc d'huîtres sur la côte de la Caroline du Nord.

Parmi les présentations, il faut mentionner les suivantes:

La couronne, le système à pont et les appareils de Hollingsworth. — La seringue Dunn et la matrice à main Dunn, par M. J. Austin. — Le tour dentaire électrique Berry. — Un nécessaire électrique pour mouvoir le maillet, la seringue à air chaud, une lampe, etc., par M. L. E. Custer. — Une collection d'instruments fabriqués au Japon portant la marque S. S. W. — Le dentimètre de Buxbaum. — Le pyrozone, par Mac-Kesson et Robbins. — Le tour dentaire de Harcourt.

Mercredi 16 août.

I

Insertion d'une couche de porcelaine,

Par M. B. C. Bussel, de Keene, N. H.

Il s'agissait d'une cavité labiale dans une incisive supérieure droite. Elle fut rendue aussi cylindrique que possible; un morceau de porcelaine cylindrique également, plus grand que la cavité, fut choisi et meulé pour

s'ajuster au moyen du mandrin sur le tour, puis coupé un peu long, placé dans la cavité avec du ciment, laissé jusqu'à durcissement complet et poli au niveau du bord de la cavité. Le résultat fut une obturation à peine visible. La porcelaine employée est préparée par M. Bussel et ne peut l'être que dans les cavités labiales.

II

Extraction au moyen de l'anesthésique Fillebrown,

Par M. Thomas G. Fillebrown, de Boston.

Sujet : une petite fille de 8 ans. Temps mis pour l'anesthésier : 11 minutes. Extraction de la molaire inférieure de 6 ans, le sujet demeurant 3 minutes insensible. Rétablissement complet en 15 minutes.

III

Emploi du miroir à bouche,

Par M. O. B. Love, de San Antonio, Texas.

Ce petit appareil se compose d'une bande métallique souple et fine d'un centimètre de largeur, à laquelle se trouve soudé à l'étain un petit miroir à bouche. En passant les extrémités libres de cette bande entre les dents voisines, on peut donner toutes les positions dans la bouche à l'appareil, en laissant à l'opérateur l'usage de ses deux mains.

IV

Aurification à l'or mou et à l'or adhésif en feuilles,

Par M. J. W. Wick, de Saint-Louis, M.

Cavité distale dans une bicuspide inférieure gauche. Une matrice fut confectionnée en courbant autour de la dent une bande d'argent allemand qui fut enlevée, soudée et replacée. Emploi de l'or mou en feuilles au bord gingival et achèvement de l'obturation à l'or adhésif en feuilles.

V

Obturation à l'amalgame,

Par M. W. G. A. Bonwill, de Philadelphie.

M. Bonwill obtura une 1re molaire inférieure gauche avec de l'amalgame. La totalité de la couronne était cariée, mais la pulpe vivait encore. Après avoir creusé la cavité, il fit des points de rétention pour maintenir l'obturation et fixa aux côtés de la dent des morceaux de vulcanite pour maintenir l'obturation tandis qu'elle était introduite. Quand chaque portion d'amalgame était insérée, l'excès de mercure était chassé en le pressant fortement sur place avec un instrument dont la pointe portait une boulette de papier spongieux.

M. Bonwill prétend que ce genre d'obturation est aussi utile ou plus utile qu'une aurification dans la même dent, qu'il dure plus longtemps et qu'il n'est ni aussi coûteux pour le patient ni aussi fatigant pour le dentiste.

VI

Action non irritante du sirop de chlorure de fer Weld,

Par M. G. W. Weld, de New-York.

L'opérateur prétend avoir obtenu ce qui avait jusque-là été considéré comme impossible par les pharmaciens, savoir de suspendre un sel de fer dans une solution non acide et non alcoolique parfaite.

VII

Obturation des canaux radiculaires tortueux,
Par M. W. H. Richards.

M. Richards démontra sa méthode d'obturation des canaux des racines tortueux au foramen de l'apex avec des fibres métalliques. Après avoir nettoyé aussi bien que possible le canal radiculaire, il enduit d'huile de cassia une broche qu'il passe dans le canal pour humecter les parois, puis, avec la broche imbibée, il touche les fibres métalliques qui s'y attachent. Introduisant alors dans le canal la broche avec les particules adhérentes de fibres, il la manie de façon à y pousser celles-ci, le sens du toucher l'aidant à reconnaître quand il atteint le foramen de l'apex.

VIII

Moulage de l'aluminium,
Par M. C. C. Carroll.

M. Carroll fit l'historique de ses expériences avec le métal blanc et indiqua comment son attention fut attirée sur lui pour la première fois en 1860 quand il en importa de France un échantillon coûtant 104 fr. l'once.

Le prix élevé de l'or pendant la guerre de 1864 nécessita la recherche d'un métal moins coûteux pour les pièces dentaires. Il essaya d'abord l'aluminium du commerce, mais s'aperçut que, en raison de la présence du fer et de la silice, il se détruirait dans la bouche en peu de temps. Il essaya alors de mouler l'aluminium pur dans des moules destinés à cela ; mais sa propriété physique de se contracter en refroidissant l'y rendit impropre parce qu'il brisait les dents. Cette contraction s'élève à une ligne par pouce. Alors se posa la question de la manière de traiter l'aluminium pour éviter cette contraction, question qu'il a résolue après des années de recherches, par l'emploi d'un alliage.

Comme l'adaptation au contour exact est une des conditions principales, et comme la consistance du métal fondu l'empêche d'être versé avec succès dans le moufle, M. Carroll a un système pour mettre le métal en place sous la pression.

IX

Présentations diverses.

M. V. H. Jackson montra un grand nombre de moules, garnis d'appareils de redressement décrits dans sa communication à la section VII.

M. C. W. Jones présenta un instrument pour tailler et façonner les pointes des racines au-dessus du bord gingival sans déchirer la gencive, pour leur permettre de recevoir un collier ou une couronne.

M. G. B. Clément exhiba au microscope des pièces qui prouvent, prétend-il, que la pyorrhée alvéolaire est causée par l'infiltration calcique du cément, produisant une hypostase calcique. Dans sa théorie, le cément, quand il reçoit juste assez de nourriture pour pouvoir conserver son état naturel, demeure sain, mais en cas de nutrition trop abondante, un état inflammatoire survient, tandis que, dans le cas contraire, les vaisseaux microscopiques de nutrition du cément se bouchent par les dépôts de sels de chaux et la pyorrhée alvéolaire en résulte. Ses spécimens représentaient des sections de cément de dents saines et de dents malades et semblaient prouver la justesse de la théorie.

M. G. D. Sitherwood montra un nécessaire pour la conservation des instruments utiles à la confection de la couronne et du travail à pont dans le cabinet dentaire. Il montra également des spécimens de plaques dentaires d'aluminium.

Jeudi 17 août.

I

Aurification sans emploi de la digue,

Par M. J. Simpson, de Rock Hill, S. C.

Cavité médiane dans une incisive supérieure gauche. L'opérateur se servit d'une serviette du côté lingual, plia du papier spongieux sur la face labiale et mit des cales en bois d'oranger sur les faces médiane et distale de la dent. L'opération exigea 4 feuilles d'or adhésif, condensées en 1 heure environ par le maillet automatique.

II

Extraction des dents sous la suggestion hypnotique,

Par M. Thomas Fillebrown, de Boston.

Une dame d'un âge moyen, paraissant très peureuse et redouter vivement l'opération. Quand l'opérateur lui eut fait quelques suggestions, elle se calma et supporta l'extraction de trois dents, affirmant qu'elle n'avait pas souffert.

III

Aurification,

Par M. G. A. Bonwill, de Philadelphie.

Centrale supérieure droite. Pulpe intacte. Totalité de la surface médiane cariée. Larges portions du bord tranchant disparues. Couronne garnie de fêlures. Il ne fut pas pratiqué de points de rétention. Rainure seulement sur la paroi cervicale de la surface labiale à la palatale. Parois très minces et très fragiles.

Emploi d'or adhésif Abbey n° 20 non plié et d'Abbey n° 5 non adhésif roulés dans les doigts et recuits sans être rendus adhésifs cependant.

Le tassement d'un carnet de feuilles fut opéré en 27 minutes.

Il s'agissait de montrer que l'or adhésif ou non adhésif peut être parfaitement tassé par des fouloirs à face ovale lisse d'une forme spéciale. On ne se servit ni de fouloirs à faces rugueuses ni de fouloirs dentelés, et il peut en être ainsi avec toutes les feuilles.

M. Bonwill préfère l'Abbey n° 20 et pourrait faire l'opération chez lui en 20 minutes.

IV

Diverses démonstrations,

Par M. Bonwill.

M. Bonwill indiqua son emploi de la plaque base de gutta-percha pour obturer provisoirement toutes les cavités à la première excavation afin d'obtenir une plus grande séparation entre les bicuspidées et toutes les molaires. Il montra son emploi comme matrice pour obturer avec l'or ou l'amalgame, ainsi que celui de la paraffine fondue sur toutes les obturations à l'oxyphosphate pour les rendre plus dures et plus durables. Il la fond également sur toutes les aurifications pour sceller hermétiquement tout espace pouvant se produire entre l'or et la substance de la dent.

Il expliqua le fonctionnement de son nouveau tour dentaire et de son nouveau maillet combinés avec la pièce à main et le tour en tant qu'instrument de chirurgie et de dentisterie.

V

Extraction des dents sans douleur,
Par M. J. Caracatsanis, d'Athènes.

L'opérateur appliqua des cristaux purs de cocaïne plusieurs fois sur la gencive en les faisant pénétrer plusieurs fois au-dessous. Il ne se préoccupait pas du temps qu'il mettait, pourvu que le patient n'en avalât pas. L'opération réussit, mais elle ne peut être considérée comme concluante parce que les dents étaient presque dépourvues de leurs membranes péridentaires.

VI

Enlèvement d'une tumeur,
Par M. Truman W. Brophy, de Chicago.

La tumeur embrassait tout le maxillaire supérieur droit jusqu'à l'orbite, passant au travers du vomer et des fosses nasales et les enveloppant. Le patient fut anesthésié et la tumeur enlevée. La nature de celle-ci n'a pas encore été déterminée, mais sera indiquée plus tard à l'aide du microscope.

VII

Méthode de fixation des dentiers complets,
Par M. J. J. Stedman, de Laporte, Ind.

Il s'agit d'un vieillard de 87 ans qui a porté plusieurs dentiers sans pouvoir s'en servir pour la mastication. Avec le système Stedman, il pouvait manger du blé.

VIII

Aurification à l'or mou,
Par M. Ronnet, de Paris.

M. Ronnet fit une démonstration d'aurifications à l'or mou (méthode Chauvin). La dent à aurifier était une petite molaire supérieure, dont toute la face antérieure et une partie de la face triturante n'existaient plus.

Cette reconstitution fut faite à l'aide de cylindres d'or placés dans trois positions différentes.

IX

Nouvelle gencive continue, fusible à basse température,
Par M. G. Cunningham, de Cambridge (Angleterre).

A la suite de nombreuses expériences avec des mélanges de verre ordinaire de couleur et d'émaux de verre et avec l'aide des travaux techniques publiés sur ce sujet et d'hommes experts dans la fabrication de la mosaïque, il a réussi à obtenir un corps dont le point de fusion peu élevé étend son emploi à une foule d'usages. Il présenta une collection très intéressante de petits moufles et de petits creusets convenant à ce travail.

Il présenta d'abord des dents artificielles qu'il avait teintées au moyen du corps fusible à basse température de différentes nuances, montrant la valeur du procédé pour obtenir les résultats les plus artistiques dans les dents achetées chez les fournisseurs, lesquelles donnent tout ce qu'on désire comme dimension et forme, mais qui, comme couleur, sont dépourvues des caractères particuliers exigés dans chaque cas. Ses couleurs pour dents sont numérotées et il fournit les indications suivantes pour les manipuler :

Le nº 1 ne se soude pas avec la soudure nº 1. Le nº 2 se soude avec

la soudure n° 2 si l'on a grand soin de ne pas faire chauffer les dents plus qu'il ne faut.

Le n° 3 se soude avec la soudure n° 3 sans danger. Toutes les parties de la dent doivent être couvertes de la matière qui les enduit. Quelques couleurs sortent du vulcanisateur tout à fait différentes de ce qu'elles étaient au moment de la mise de l'enduit, mais cela peut généralement se corriger avec la brosse de pierre ponce.

Si ces couleurs sont fondues dans le petit fourneau, elles doivent avoir une bonne et épaisse couche de verre sur elles, autrement elles ne seraient pas vernies. La couleur se met mieux avec une spatule qu'avec une brosse. Un autre usage de cette substance fut présenté dans une couronne artificielle où la réunion entre la dent de porcelaine et la coiffe métallique fut faite par le corps fondu.

M. Cunningham montra sur les dents de sa collection des excavations, des rainures et autres marques imitant la nature dans des dentiers partiels, produisant des effets très artistiques.

X

Injecteur à air chaud de M. Paulme, de Paris.

Présenté par M. Barrié.

L'injecteur Paulme présenté à nos confrères américains est trop connu de nos compatriotes pour en faire la déscription. Il sert à sécher les cavités, faire des ponctions, ouvrir des abcès, enlever de petites tumeurs, etc.

XI

Davier universel de M. Poinsot, de Paris,

Présenté par M. Barrié.

M. Barrié présenta un davier universel imaginé par M. Poinsot, à mors mobiles. Cet instrument s'écarte notablement de la forme habituelle en ce que les mors ne se ferment pas au moyen des leviers du manche, mais bien par un mécanisme quelque peu semblable dans son action à une clef anglaise.

XII

Pièces en caoutchouc mou,

Par M. Godon, de Paris.

M. Godon présenta une pièce de caoutchouc dur devant remplacer une portion de maxillaire et des dents, qui avait été réséquée pour un cancer. Celui-ci avait envahi la partie moyenne du maxillaire inférieur et la partie inférieure et profonde de la langue dans le tiers de son étendue. Cette pièce avait été faite avant l'opération chirurgicale, des mesures avaient été prises pour la dimension et la forme. Immédiatement après l'opération, la pièce fut mise en place et vissée sur la portion restante de la mâchoire. C'était simplement un appareil provisoire pour empêcher la chute des parties aux endroits des muscles et, après avoir été porté quelques mois, son but ayant été rempli, il fut enlevé et remplacé par une plaque de caoutchouc dur et des dents de forme semblable.

Vendredi 18 août.

I

Traitement de la pulpe en putréfaction[1],

Par M. Émile Schreier, de Vienne.

Le patient était un jeune garçon de 13 ans environ, dont la face était

1. V. ci-dessus, p. 439.

fortement enflée ; la pulpe commençait à suppurer dans l'incisive centrale supérieure.

La digue fut appliquée, la carie enlevée et le canal pulpaire complètement ouvert. Un petit tire-nerf fut alors plongé dans la préparation de l'auteur de potassium-sodium et porté dans le canal de la racine, en produisant une légère combustion. Quelques fibres de ouate furent alors enroulées autour du tire-nerf, celui-ci fut plongé dans de l'eau aseptique et porté dans le canal pulpaire et, après l'avoir tordu légèrement, la pulpe fut entraînée avec lui. Cette opération fut répétée jusqu'à ce qu'il n'y eut plus d'odeur septique; alors la cavité fut fermée et le patient renvoyé.

II

Redressement immédiat,

Par M. L. C. Bryan, de Bâle (Suisse).

Le patient était âgé de 15 ans environ et semblait bien portant. Il s'agissait d'une incisive latérale supérieure droite placée au dedans de l'arcade et articulant sur le côté lingual des dents inférieures. Après avoir injecté quelques gouttes d'une solution à 4 0/0 de cocaïne sur les faces linguale et labiale de la gencive, l'opérateur fit deux incisions dans la gencive sur la face labiale, une sur chaque côté de la racine, s'étendant de la gencive à l'apex. Il coupa ensuite la plaque alvéolaire au-dessous de cette incision avec une scie circulaire montée sur le tour. Il ajusta alors une bordure en métal garnie de caoutchouc sur le côté extérieur de l'arcade et, plaçant un des mors de la pince sur celui-ci et l'autre mors sur le côté lingual de la couronne de la dent, il amena la dent dans sa nouvelle position. Il ne fut pas nécessaire de ligaturer la dent, car l'articulation permettait de la maintenir en place. L'opérateur, avec cette méthode, évite de mouvoir l'apex d'une manière quelconque et entraîne avec la dent la portion labiale de l'alvéole.

III

Extraction sans douleur,

Par M. J. Caracatsanis, d'Athènes.

L'opérateur fit au patient, jeune Arabe d'âge moyen, des applications de cristaux purs de cocaïne sur la gencive pendant 20 minutes environ, puis lui enleva 6 dents, dont une fut très difficile à enlever. Le patient sembla n'avoir éprouvé aucun effet de la cocaïne et l'opération réussit tout à fait bien.

IV

Obturation à l'amalgame d'aluminium,

Par M. C. C. Carroll, de Chicago.

M. Carroll fit une obturation à l'amalgame d'aluminium, en démontrant l'emploi du tour et de la pièce à main Carroll Campbell.

Il enleva une obturation à l'amalgame faite 2 mois auparavant, qui donnait des signes de désagrégation au bord cervical, par suite d'un manque de fini soigné. Il laissa la partie de l'obturation voisine de la pulpe, craignant d'exposer celle-ci s'il enlevait tout.

Il prétend que l'amalgame d'aluminium n'est pas sujet à se décolorer dans la bouche et n'est pas atteint par les courants galvaniques quand il y a d'autres obturations métalliques dans les dents voisines.

M. Carroll fit également une démonstration de sa méthode de moulage des plaques d'aluminium.

V

Blanchiment d'une dent,

Par M. Broadbent, de Chicago.

Une incisive supérieure gauche s'était fortement décolorée depuis une année environ et était fortement atteinte par la pyorrhée alvéolaire. Le traitement consista à appliquer du pyrozone à 25 0/0 au dehors, au moyen d'une brindille, et sur de la ouate au dedans du canal pulpaire.

Le pyrozone fut appliqué et rapidement volatilisé et, la démonstration terminée, l'amélioration était très notable.

VI

Maillet électrique Bidaud,

Présenté par M. Barrié, de Paris.

M. Barrié présenta un maillet électrique imaginé par M. E. Bidaud, de Paris, dont l'interrupteur est disposé de façon que la fermeture du circuit se produit quand la pointe du fouloir vient en contact avec l'obturation. Cela assure chaque coup au moment où il est donné, comme dans le maillet automatique Snow et Lewis, et non une série continue de coups rapides, comme dans le maillet électrique ordinaire. La force des coups est maîtrisée et graduée à volonté depuis le coup léger jusqu'au coup lourd.

VII

Stomatoscope électrique de M. E. Bidaud,

Présenté par M. Barrié, de Paris.

M. Barrié présenta un stomatoscope dans lequel la lumière d'une petite lampe électrique, enchâssée dans un cylindre de caoutchouc dur, est projetée par une tige de verre, dont le bout libre, long d'environ 5 à 8 cent., est taillé en hémisphère et se comporte ainsi comme une forte lentille convergente. La lumière, quand elle est projetée au travers de cette tige, possède un pouvoir éclairant considérable, et il y a plusieurs de ces tiges, avec diverses courbures, de sorte que toutes les parties de la cavité buccale et, en fait, toutes celles du corps peuvent être éclairées.

Le grand avantage de cet instrument consiste dans l'absence de tout danger de rupture ou de toute élévation appréciable de température au point où la lumière est fournie.

VIII

Implantations,

Par M. W. J. Younger, de San Francisco.

M. Younger disséquait pour ainsi dire la gencive, laissant le procès à nu et le trépanant au dedans de manière à former l'alvéole pour insérer deux dents, quand il trouva une bicuspide qui n'avait pas fait éruption dans une position telle qu'il lui fut impossible d'insérer aucune de ces deux dents. L'opération fut donc abandonnée et, comme on n'avait pas d'autre patient sous la main, on renonça à la démonstration.

IX

Présentations diverses,

Par M. G. D. Sitherwood, de Bloomington (Ill.).

M. Sitherwood présenta une table de travail en chêne à dessus fermé convenant au cabinet d'opération, contenant un espace vaste où était disposé un chalumeau à gaz oxhydrique et un fourneau de porcelaine pour la confection des couronnes et du travail à pont. Cette partie pou-

vait se fermer comme un pupitre quand on le voulait. Au dessous se trouvaient deux tiroirs de dimension convenable.

Il indiqua une méthode pour fondre la porcelaine autour de la bande d'une couronne de porcelaine et donner des jointures parfaites et, en même temps qu'une teinte convenable, un résultat artistique.

Il présenta également une plaque d'aluminium pur et décrivit une méthode pour recuire.

(A suivre.)

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ AU Dr THOMAS

L'inauguration du monument élevé par souscription à la mémoire du Dr Louis Thomas a eu lieu, ainsi que cela avait été annoncé, le dimanche 22 octobre, au cimetière du Père-Lachaise, à 10 heures du matin.

Le Comité de souscription, le Conseil de direction de l'École dentaire de Paris, le Conseil d'administration de l'Association générale des dentistes de France, le corps enseignant de l'Ecole, des confrères et des amis du Dr Thomas, des dentistes, des diplômés et des élèves formaient une assistance de plus de trois cents personnes, parmi lesquelles un certain nombre étaient venues de province, notamment MM. Berthaux, de Soissons, et Richer, de Vernon.

Le cortège s'est formé à l'entrée du cimetière et s'est rendu sur la tombe. où plusieurs discours ont été prononcés dans l'ordre suivant :

1° Par le Dr Em. Lecaudey, président du Comité, au nom du Comité et de l'Ecole dentaire ;

2° Par M. Ch. Godon, vice-président du Comité, au nom des fondateurs de l'Ecole ;

3° Par M. Lemerle, au nom de l'Association générale des dentistes de France, dont il est président ;

4° Par M. Roy, au nom des élèves et des anciens diplômés de l'Ecole ;

5° Par M. Jeay, au nom des diplômés de l'Ecole de la dernière année ;

6° Par M. Roger, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, au nom de la famille et des amis.

M. le Dr Aubeau, qui avait accepté de prendre la parole pour rappeler les nombreux travaux scientifiques du défunt, empêché au dernier moment, s'est excusé.

Cette imposante cérémonie, dont chacun conservera le souvenir, a été favorisé par un temps splendide.

MM. Brouardel, doyen de la Faculté, Péan et Ollivier, membres de l'Académie de médecine, Hahn, bibliothécaire à la Faculté de médecine, le Dr Marié et le Dr Faucher, professeurs à l'Ecole dentaire de Paris, s'étaient excusés, par des lettres dont il a été donné connaissance, de ne pouvoir assister à la solennité.

Des remerciements furent adressés ensuite, au nom du Comité, pour le concours apporté dans l'accomplissement de ce pieux devoir.

Le Secrétaire du Comité,
Francis Jean.

DISCOURS DE M. LECAUDEY

Messieurs,

J'ai la mission douloureuse de prendre la parole aujourd'hui, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, en remettant à la famille du docteur Thomas ce tombeau élevé à sa mémoire par le Comité de souscription.

Notre regretté professeur revit à nos yeux en ce buste de franche allure.

Le voici bien tel qu'il nous apparaît en notre souvenir, tel que nous le vîmes quelques jours encore avant qu'il fût si soudainement et si injustement frappé, en pleine vie, en pleine maturité de corps et d'esprit. Il semble prêt à nous parler, avec sa bienveillante bonhomie, son éloquence simple, ses yeux très doux de penseur et d'indulgent.

Dès sa jeunesse, le docteur Thomas fut un laborieux et un lutteur : « le travail et le combat », tels sont les deux traits qui distinguèrent son caractère. — Il n'était pas aisé et peina durement ; il acquit le grade de docteur en médecine, et, comme il était de ceux que séduisent les livres, les œuvres théoriques, il fut heureux d'obtenir le poste de bibliothécaire à l'Ecole de médecine, poste où firent merveille son esprit d'investigation, ses connaissances de linguiste et de philosophe.

Cependant il y avait en lui un instinct de combat, un désir ardent de voir et de faire triompher les idées qui le préoccupaient ; il s'était élevé à force de travail, sans le secours d'aucun, et il était prêt à se joindre à tous ceux qui tendent à arriver de la même sorte.

Aussi, Messieurs, fut-il avec nous dès la première heure.

En 1880 il s'inscrivit avec les membres fondateurs de notre Ecole ; dans une conférence qui inaugurait nos cours, il nous fit l'histoire de notre passé ; à nous, dentistes, il nous traça la route que nous avions à suivre, il rédigea notre programme scolaire, nous aida sans cesse de toute sa science et de tout son dévouement, aussi bien dans le corps enseignant que dans le Conseil de direction.

Quand notre institution prospéra, il put se réjouir d'un triomphe auquel il avait si efficacement concouru.

Il y a trois ans, alors que la croix d'officier de l'Instruction publique venait d'honorer en lui à la fois le bibliothécaire et un lauréat de l'Académie de médecine, nous fûmes heureux de lui offrir une médaille d'or comme gage de notre reconnaissance.

Hélas ! nous n'eussions jamais pensé devoir la lui témoigner aujourd'hui par un monument funéraire !

Nous avons voulu, Messieurs, honorer la mémoire du premier docteur qui se mit dans nos rangs. — Nous avons voulu donner cette forme éternelle du bronze à notre souvenir, que nous marquerons aussi en nous inspirant de la vie et de l'exemple de notre mort vénéré.

A vous, mon cher docteur Thomas, merci, au nom de vos confrères, de vos amis, de vos disciples ! Votre pensée demeurera toujours avec la nôtre.

Je ne veux pas terminer sans adresser, au nom des souscripteurs, de particulières félicitations à M. Millet de Marcilly, le statuaire qui a su évoquer si fidèlement les traits et l'habituelle expression du Dr Thomas. Je tiens aussi à remercier vivement les nombreux souscripteurs qui ont répondu à notre appel.

DISCOURS DE M. CH. GODON

Mesdames, Messieurs,

Le Comité formé pour élever sur la tombe de notre regretté ami, le Dr Louis Thomas, le monument que nous inaugurons aujourd'hui m'a chargé de prendre la parole au nom des fondateurs de l'Ecole dentaire de Paris.

Il a voulu que j'évoque devant vous le souvenir de cette époque si intéressante de notre histoire professionnelle déjà vieille de quatorze ans.

La vie de l'homme de bien que nous regrettons tous n'a-t-elle pas été intimement liée depuis 1880 à tous les événements qui ont signalé la fondation et le développement de cette institution ?

C'est pourquoi les dentistes ont répondu en si grand nombre à l'appel du Comité. Ils étaient si nombreux ceux qui avaient à regretter en lui un maître ou un ami que sa mort a été pour nous un véritable deuil professionnel.

L'éminent président du Comité, mon ami Lecaudey, a rappelé devant vous les différentes fonctions qu'a remplies à l'Ecole dentaire le Dr Louis Thomas, de 1880 à 1893.

D'autres vous rappelleront ses débuts modestes comme instituteur, son rôle à la Faculté de médecine, dans la presse médicale.

Tous diront quel savant, quel érudit il était, avec quel dévouement, quelle conscience il remplissait chacune de ses multiples fonctions.

Il m'est dévolu, à moi qui fut son élève et son ami, d'appeler votre attention sur le rôle plus modeste en apparence de conseiller éclairé et désintéressé que Thomas n'a cessé de remplir près des fondateurs de cette école, alors jeunes et inexpérimentés, et qui en a fait pour nous le philosophe, le père intellectuel de l'institution.

Nous ne pouvons mieux faire pour honorer cette chère mémoire que de remettre en lumière toute la part qu'a prise notre ami aux divers événements de l'histoire de cette Ecole.

Ce retour vers un passé qui contient pour nous tant de souvenirs attachants nous est doux.

Il rappelle à tous ceux qui y ont pris part cette époque d'enthousiasme où, avec l'ardeur de la jeunesse, unissant dans une pensée d'intérêt général nos efforts, notre énergie, nos ressources, nous luttions pour assurer à nos confrères français une situation sociale meilleure.

Cela avait séduit l'esprit généreux de Thomas. Il avait compris qu'il y avait dans cette entreprise autre chose qu'un simple cours de médecine à faire, que c'était l'éveil d'une profession tout entière qu'il fallait guider, conseiller, diriger.

Avec son amour des causes justes et des humbles, il s'y est employé de toutes ses forces, de tout son cœur, alors que plusieurs de ses confrères hésitaient à nous donner leur concours de peur de se compromettre.

Je voudrais, messieurs, pouvoir vous raconter quelques-unes de ses intéressantes conversations sur nos affaires professionnelles après la clinique du matin ou le cours du soir. Je voudrais avoir le temps de vous lire une partie de la longue correspondance que j'ai échangée avec lui pendant ces quatorze années au sujet des divers incidents de l'Ecole pendant ma période administrative. Je voudrais surtout avoir le talent nécessaire pour vous faire éprouver l'émotion que j'ai ressentie ces jours-ci en la relisant.

C'est la vie tout entière de notre Ecole qui s'y trouve relatée.

La première de ses lettres, lettre d'acceptation du cours qui lui est attribué, est tout un programme de l'enseignement que nous créons.

Il entre à l'Ecole comme professeur, mais malgré la modicité de ses ressources il veut aussi être souscripteur.

Appelé à faire la première conférence inaugurale, il puise dans sa vaste érudition les éléments du passé de l'odontologie qu'il reconstitue magistralement à travers les âges. Une ère nouvelle commence avec la fondation de cette 1re Ecole dentaire française; il la salue par ces précieuses paroles d'encouragement que le Comité a été si bien inspiré de reproduire au bas de la photographie qu'il a envoyée à tous les souscripteurs :

« *Essayez, essayez encore,*

» *J'ai foi en l'avenir d'une Ecole fondée par l'initiative privée et rien*
» *que par elle.* »

« Essayez, essayez encore, » ne cesse-t-il de répéter à tous ceux qui viennent le consulter chaque fois qu'il y a de nouvelles difficultés à vaincre, des choses difficiles à entreprendre.

Je ne puis vous citer tous les événements dont je retrouve la trace dans cette correspondance. Il n'en est pas un seul pendant ces quatorze années, heureux ou malheureux, auquel il ne se soit vivement intéressé, nous donnant les précieux conseils qu'il puisait dans son jugement toujours droit, dans son robuste bon sens.

Il était si bon, si accueillant, si tolérant, si indulgent pour les petites faiblesses des autres que tous ceux d'entre nous qui avaient une peine, un ennui, une difficulté venaient le trouver pour avoir son avis Plusieurs de ses lettres sont entièrement consacrées à des plaidoiries éloquentes en faveur d'élèves fautifs, de fonctionnaires, de membres de la Société auxquels il va falloir appliquer les rigueurs du règlement.

Mais le temps passe, l'institution a grandi, prospéré ; avec le succès, les adhésions sont venues, nombreuses, quelques-unes éclatantes.

L'Etat approuve ce qui a été fait et veut continuer lui-même l'œuvre d'organisation et d'enseignement professionnel qui a été si bien commencée sans lui.

Thomas est là, à son poste. Il veille sur l'institution qui lui est devenue plus chère avec les années. Toujours clairvoyant, il lutte avec une véritable ardeur de jeunesse pour que cette intervention officielle ne soit pas une simple expropriation.

Mais le personnel professionnel s'est transformé. La génération nouvelle n'a pas connu les difficultés de la première heure. Elle est oublieuse du passé. Des discussions se produisent au sein de nos institutions. Attristé, mais non découragé, Thomas s'emploie à ramener la concorde.

Il va tenter un dernier appel, lui le médiateur désigné, lorsque brusquement la mort stupide vient le surprendre au retour d'une mission en Angleterre pour le compte de l'Ecole.

Il n'a pas pu, hélas ! jouir de la grande somme de travail et de connaissances qu'il avait accumulées, alors que plus qu'aucun autre il avait le droit d'espérer un soir calme après une journée laborieusement remplie.

Ah ! nous avons été tous frappés au cœur par cette triste nouvelle : Thomas est mort !

Nous avons cru qu'avec lui s'en allait toute l'âme de notre Ecole, que se détachait le dernier lien qui nous avait maintenus si longtemps unis autour de l'institution commune.

Mais la réponse faite à l'appel du Comité a montré que toute foi n'était pas éteinte, puisque nous nous sommes retrouvés unis pour rem-

plir un dernier et pieux devoir sur la tombe de l'ami qui n'est plus.

Aussi, me faisant ici l'interprète de sa dernière pensée, je vous dis à mon tour, à vous qui avez eu raison de ne pas désespérer : « Essayez, essayez encore. »

Pour conserver longtemps sa mémoire, serrez les rangs autour de l'institution à laquelle il a consacré une si grande partie de ses forces, car tant qu'elle vivra vivra avec elle le souvenir de votre ami Louis THOMAS.

DISCOURS DE M. LEMERLE

Messieurs,

C'est avec une profonde émotion que je prends la parole au pied de cette tombe.....

Il y a à peine huit mois nous étions tous ici, réunis pour adresser l'adieu suprême au regretté Dr L. Thomas. La mort prématurée et inattendue de l'homme qui fut pour la plupart d'entre nous notre maître et notre ami à tous, jeta le deuil et la peine parmi tous les membres de l'Association générale des dentistes de France, que j'ai l'honneur de représenter aujourd'hui. C'est au nom de tous que j'adresse ici un respectueux souvenir à cet homme de bien.

Le Dr Thomas fut, dès le début de l'Association, non seulement notre soutien scientifique, mais notre guide dans la lourde tâche que s'était imposée l'Association des dentistes, d'édifier les différents services que comportait son programme. L'œuvre était grande, remplie de difficultés. Il fallait travailler, il fallait lutter. C'est alors que le Dr Thomas ne nous ménagea ni sa peine ni son travail. Du reste, le maitre était un convaincu, il avait foi en nous, et il était heureux d'aider de sa science et de son expérience des jeunes gens encore inexpérimentés.

Sa conviction exista dès les premiers pas que fit l'Association. Aussi ne puis-je résister au désir de répéter ici les paroles que nous savons tous par cœur, paroles qu'il prononça à l'inauguration de l'Ecole dentaire le 13 novembre 1880 : « Vous avez l'ardeur de la jeunesse et l'amour du travail et surtout la foi dans l'avenir... Moi aussi j'ai foi dans l'avenir d'une école créée par l'initiative privée et rien que par elle. »

Il avait raison notre cher et regretté maître ! Sa prédiction d'il y a treize ans s'est accomplie.

Si l'Association générale des dentistes de France est arrivée à compléter son œuvre, c'est-à-dire à créer une école dentaire, la première qui exista en France, c'est grâce à l'énergie et au concours incessant du Dr L. Thomas. La collaboration du regretté savant fut surtout appréciée dans la large part qu'il prit à la rédaction du journal l'*Odontologie*, organe de l'Association et de l'Ecole. Ce journal sut se créer en peu de temps une place importante parmi les journaux spéciaux à l'art dentaire. Ce succès, il le doit en partie au maître.

Il serait trop long de vous retracer ici ses ouvrages et les nombreux articles scientifiques qui remplirent les colonnes de notre journal ; d'autres que moi, plus autorisés, vous diront tout à l'heure l'importance de son œuvre.

Les membres de l'Association des dentistes de France, que dis-je, tous les dentistes, sans distinction, n'oublieront jamais la généreuse part de travail et d'effort que nous donna le Dr Thomas; aussi son nom restera-t-il attaché à notre histoire professionnelle.

Dans un mouvement spontané de reconnaissance, ses amis, ses con-

frères, l'Ecole dentaire et l'Association générale des dentistes de France ouvrirent une souscription pour élever un monument à l'ami, au maître que chacun pleurait.

Six mois plus tard, le bronze, sous la main habile de son ami, M. Millet de Marcilly, reproduisait magistralement les traits de l'homme que nous regrettons.

Qu'il me soit permis ici de remercier publiquement, au nom de tous, l'artiste qui, par son grand art, nous permet de reconnaître, sur ce bronze, cette figure aimable, sur ce front, le grand penseur, dans ces yeux et cette bouche le fin causeur que nous aimions tant à entendre.

L'Ecole dentaire possédera le même buste et les élèves qui viendront dans l'avenir connaîtront les traits de l'homme qui contribua au relèvement moral et scientifique de la profession, et tous apprendront à le saluer avec respect et reconnaissance.

Enfin, messieurs, une dernière marque de souvenir et de reconnaissance existera dans son pays natal, où une plaque de marbre indiquera à tous qu'il y est né un homme de bien et de science, regretté et pleuré par tous ses amis.

DISCOURS DE M. ROY

Mesdames, messieurs,

Chargé par le Comité de souscription de prendre la parole à l'inauguration du monument élevé sur la tombe de mon cher et regretté maître, au nom de ses anciens élèves, j'ai accepté cette tâche qui était pour moi un doux et pénible devoir.

Tous ceux qui savent quelle vénération je portais au docteur Thomas comprendront en effet que ce n'est pas sans une vive émotion que je parle en cette circonstance; mais aussi je suis heureux de venir ainsi moi-même rendre publiquement hommage à ce bon et excellent homme, à qui je dois tant.

Plein de bonhomie, prodiguant sans compter son vaste savoir, le docteur Thomas n'avait pas des élèves, il avait des amis. Tous, nous nous souvenons de ces savantes leçons où le professeur mettait tout en œuvre pour faire saisir ses démonstrations, ne craignant pas de répéter une explication, s'il a percevait un doute dans l'esprit de son auditoire; multipliant les interrogations afin de s'assurer qu'il avait été compris; ne refusant jamais un renseignement qu'il était toujours prêt à donner.

Il aimait et encourageait les travailleurs; mais il ne se contentait pas de leur donner des encouragements plus ou moins platoniques: il leur prodiguait son temps et sa peine pour le seul plaisir de faire le bien. Il était heureux d'aider de ses leçons des jeunes gens désireux de s'instruire, les distinguant d'entre les autres, les encourageant dans leurs efforts et les prenant avec lui. A ceux qu'il n'allait pas chercher lui-même, il suffisait de frapper à sa porte et de lui dire : « Je voudrais m'instruire », et plein de bonté il leur répondait aussitôt, interrompant ses travaux : « Asseyez-vous là et travaillons. » Et ce n'était pas pour un jour!

Combien ont été accueillis ainsi ! Combien lui doivent leurs grades, leur situation !

Ce sont ceux-là, encore plus que les autres, qui ont été à même d'apprécier sa bonté et sa science inépuisables. Quel charme leur a laissé ce causeur aimable et érudit, émaillant sa conversation d'anecdotes, de souvenirs, de savantes digressions! Quelle admiration n'ont-ils pas ressentie devant le savoir de cet homme, à qui on était tenté d'appliquer le *de omni re scibili*.

Mais ce fut par-dessus tout un homme juste et libéral, épris de toute idée noble et généreuse, et, de plus, ce qui le rendait encore plus cher à tous, un homme bon dans la plus large acception du mot. Il ne croyait qu'au bien, se refusant absolument à croire au mal; il était incapable de refuser un service, s'il était en son pouvoir de le rendre, et nous savons tous, nous qui sommes ici, combien il eut d'occasions de le faire.

Quel plus puissant contraste que la haute science de cet homme et sa simplicité, sa modestie, son désintéressement? N'est-ce pas bien là marque de ces esprits supérieurs en toute chose qui s'imposent par leur supériorité seule, sans avoir besoin d'aucun artifice extérieur.

Ainsi qu'on le disait au moment de ses obsèques, il était devenu pour quelques-uns de ses élèves un véritable père intellectuel. Je suis vraiment fier d'avoir été de ceux-là, et d'avoir pu, dans une fréquentation constante de plusieurs années, apprécier un peu l'étendue de son esprit.

Que n'eût-on pas fait pour un tel homme? Quelle reconnaissance lui doivent tous ceux qu'il a fait travailler auprès de lui! Chacun de leurs succès était une fête pour lui; je vois toujours sa bonne figure souriante, sa joie lorsqu'il apprenait l'heureux résultat d'un examen. C'est en un jour comme celui-ci que l'on regrette de n'avoir pas une éloquence à la hauteur des sentiments de gratitude, de vénération, mais malheureusement de tristesse, qui emplissent le cœur.

Je pourrais vous dire alors les regrets qu'il a laissés à nous tous; je vous dirais aussi combien m'est et me sera toujours sensible la perte d'un homme qui était pour moi un second père, et qui était associé dans ma pensée à toute ma vie.

Enlevé d'une façon si prématurée à notre affection, à notre reconnaissance, il nous laissera au moins un grand exemple à suivre : souvenons-nous de sa vie, de ses leçons, de ses conseils, et aimons comme lui le travail, la liberté, la justice; efforçons-nous d'être bons comme lui; ce sera certainement la meilleure manière d'honorer sa mémoire!

DISCOURS DE M. JEAY

Messieurs et chers collègues,

Nos maîtres viennent de vous rappeler l'œuvre bienfaitrice et l'œuvre scientifique du cher défunt; ils ont fait revivre à vos yeux sa sympathique figure et vous ont dépeint son caractère dévoué envers ses amis et ses collègues. Au nom des diplômés, au nom de la jeunesse dont il a dirigé les premiers pas dans la carrière, j'ai un dernier hommage à rendre à sa mémoire.

Le Dr Thomas était non seulement notre professeur mais aussi notre ami. Sachant nous captiver par les secrets merveilleux de l'art de guérir, nous encourageant par de bonnes paroles, aidant les réfractaires par des raisonnements clairs, simples et justes, il se mettait à la portée de tous, s'occupait du faible comme du fort, et par ce fait même se faisait aimer de tous ses élèves. J'ai lu quelque part que le meilleur moyen de se faire respecter était de se faire aimer et il n'est personne parmi nous qui ne vénère sa mémoire. Nous le voyions tous, le matin, à la clinique, allant de fauteuil en fauteuil, l'humeur égale, s'enquérant des travaux de chacun, nous expliquant avec une patience infinie, avec simplicité et bonhomie, les cas intéressants que nous rencontrions. Il avait toujours quelque histoire, quelque anecdote spirituelle à nous raconter pour nous mettre plus facilement en mémoire ce qu'il venait de nous apprendre et nous faire paraître la tâche moins ardue. L'aurait-on dérangé dix fois, qu'il vous eût toujours répondu avec la même complaisance, n'épargnant

pas son temps, et l'heure de partir arrivait qu'il ne s'en doutait guère, si heureux qu'il avait été pendant les trois heures passées parmi nous. On vous rappelait tout à l'heure sa valeur en tant que linguiste. Comme il savait utiliser la science et la mettre au profit de tous! Combien d'étrangers venus chez nous s'instruire ont été heureux de le trouver et avec quelle sollicitude ce grand penseur les accueillait! S'il est vrai que l'hospitalité est une qualité française, notre cher mort l'était bien, Français! Pour lui, la science n'avait pas de patrie; il tendait même plus volontiers la main à l'étranger qui, par le fait de la différence des langues, se trouvait dans un état d'infériorité, cherchant ainsi à niveler les partis, à rendre la lutte plus égale, tant il possédait cet esprit de justice qui impose toujours le respect.

Dans ses cours, il avait au plus haut point cette qualité du professorat qui consiste à enseigner peu à la fois mais en se faisant comprendre de tous. Guidé par lui, nous allions tranquillement, sagement, à travers les chemins difficiles de la pathologie, et nous arrivions au but, surpris de l'atteindre déjà, heureux d'avoir franchi bien simplement des écueils qui de loin nous paraissaient effrayants. Avec lui, la tâche était facile; ses cours étaient une sorte de causerie scientifique entre bons camarades et les heures passaient et nous nous instruisions en nous amusant. Poussant très loin le devoir professionnel, il questionnait chacun de nous, s'efforçant de connaître, non pas, comme il le disait, ce que nous savions, mais bien ce que nous ne savions pas; car aussitôt notre point faible connu, cet homme était heureux de pouvoir nous rendre encore une fois service et, bien vite, il complétait notre léger bagage scientifique, y ajoutant ce qui manquait. Aussi pour les matières de son cours, voyait-on sans effroi approcher les examens de fin d'année, confiant et plein d'assurance, car on le savait juste et bon.

Voilà, messieurs, ce que fut ce professeur dévoué, cet ami sincère de tous les instants. Adieu donc, cher maître et ami, salut à ton visage vénéré, et encore une fois merci au nom de tous ceux qui ont travaillé sous ta direction.

DISCOURS DE M. ROGER

Messieurs,

On nous a retracé la vie du savant, du professeur distingué et dévoué. A ces différents points de vue, on nous a rappelé ce qu'était le Dr Thomas. Mais il n'a pas seulement été un savant, il a été un médecin, et c'est la médecine qui a bénéficié de sa science, car c'est à son profit qu'il a en quelque sorte synthétisé ses connaissances si variées, sa grande érudition. Le Dr Thomas était donc avant tout un médecin, il en était digne; il appartenait tout entier au corps médical qu'il a grandement honoré. Et cependant la plus belle page de sa vie ne nous a point été racontée, à nous qui sommes pieusement réunis sur sa tombe dans la commune pensée de louer les qualités, les vertus et la science de notre cher mort. Je frissonne! Serait-ce donc déjà le commencement de l'oubli? Non, je n'y puis croire. Quoi qu'il en soit, messieurs, je le dis bien haut, le corps médical, dûment prévenu, a manqué d'esprit de corps et de solidarité en s'abstenant de venir à notre cérémonie. C'eût été son devoir vis-à-vis de tout membre quelconque de cette grande famille de médecins composée d'hommes de cœur. Vis-à-vis du Dr Thomas, cette abstention est une lacune bien regrettable de la part de ses confrères, et pour beaucoup d'entre eux un acte d'ingratitude. La tâche était cependant bien belle, et singulièrement facilitée par la noble figure du docteur.

Bornons-nous donc, mais disons tous ensemble ce que nous pensons tout bas : « La place méritée par le D[r] Louis Thomas sur le livre d'or de la médecine est à la première page, car sa science, ses connaissances multiples, sa profonde érudition sur toutes choses et en toutes matières en avaient fait, sinon le médecin le plus célèbre, du moins le médecin le plus savant de France. Oui, je le répète et, messieurs, en l'absence de personnes autorisées pour le proclamer ici, répétez-le avec moi dans un même sentiment d'admiration pour ce grand savant : le D[r] Thomas était le médecin le plus savant de notre pays. Nous ferons ultérieurement connaître sa vie scientifique et ses écrits.

Aujourd'hui j'accomplis un pieux devoir en venant rendre hommage à sa mémoire : en faisant connaître à ceux qui ont moins vécu dans son intimité, la fermeté, la droiture de son caractère, l'honnêteté, la probité et les qualités de cœur de notre regretté ami.

Quand on envisage dans leur ensemble tous les actes importants de cette vie si exemplaire, si bien remplie, on trouve toujours comme marque distinctive de son caractère : un sentiment profond de l'honnêteté, de la bonté, de la justice, de la dignité, de l'indépendance. On peut dire de lui qu'il n'a jamais connu ni l'intrigue, ni les compromissions. « Tout par le travail et rien que par le travail, » telle semblait être sa devise. Vous ne trouverez pas dans toute sa vie un seul acte, un seul fait procédant de la plus légère défaillance, c'est qu'il considérait le patrimoine de l'honneur comme le bien le plus précieux de tous ; et comme il surveillait surtout l'intégrité de ce patrimoine-là ! Hélas ! pourquoi les hommes qui offrent tant de garanties d'honneur et d'incorruptibilité ne sont-ils pas à la tête des collectivités,quelles qu'elles soient ? Les deniers publics seraient en bonne garde, ils ne seraient point dilapidés, soyez-en sûrs ; quelle sécurité pour la chose publique ou privée au double point de vue de l'intégrité et de la compétence !

Mais malheureusement ce ne sont point ces natures-là qui recherchent les fonctions publiques. Elles préfèrent le temple serein de la science aux luttes du forum ou aux vicissitudes de la politique.

Une petite anecdote va vous peindre un des côtés de son caractère.

A l'origine, le D[r] Thomas se destinait à l'enseignement primaire. Doué de cette prodigieuse mémoire et de cette remarquable intelligence que nous lui avons connues, il occupait le premier rang à l'Ecole normale. Les programmes de cette Ecole, malgré leur complexité, n'étaient qu'un jeu d'enfant pour lui, si je puis m'exprimer ainsi. Sa curiosité naturelle, son désir de connaître et de s'instruire était si vif, si impérieux qu'il occupait ses loisirs en étudiant les langues vivantes ; il avait même fait une petite incursion dans le domaine des langues mortes. En bonne justice et au point de vue de l'intérêt général, l'Académie aurait dû lui assurer un poste relativement important. Nous savons avec quel profit pour tous il se serait acquitté de sa tâche ! Il n'en fut rien, on le relégua dans l'une des plus petites communes du département de l'Orne. La raison de cette disgrâce ? me direz-vous. L'empire florissait ; de toutes parts on chantait en termes dithyrambiques les bienfaits et les avantages de ce régime incomparable. Lui — et ils étaient bien peu nombreux, car il y avait un certain courage à le faire — ne partageait pas l'enthousiasme général. Sa droiture, son honnêteté ne pouvait lui faire admettre le parjure ; d'un autre côté, il est possible que ses tendances personnelles le portassent naturellement, dès cette époque, vers la forme républicaine. Quoi qu'il en soit, en haut lieu, il était suspect de républicanisme. Il lui appartenait sans conteste de préconiser les avantages de cette forme de gouvernement, car il avait bien toutes les

vertus de ces hommes qui ont rendu célèbres les républiques antiques ! Le crime était grand à cette époque et de nature à légitimer la plus criante injustice.

Installé dans cette toute petite commune, au cours d'une période électorale, le candidat officiel, bien renseigné d'ailleurs, fit sa visite à l'instituteur et lui dit: « Je sais, monsieur l'instituteur, que je ne dois pas compter sur votre concours; mais, comme candidat officiel, *nous avons droit* à votre neutralité. » L'attentat à la liberté de l'homme était manifeste, la pression, la menace ne l'étaient pas moins. Le candidat s'attira cette fière réponse: « Je ne suis ni électeur, ni *éligible*. Ce sont là les seules raisons qui feront que je demeurerai étranger aux *prochaines* élections. » Il n'avait point encore la majorité politique. Avec cette indépendance-là, vous sentez à merveille qu'il n'avança pas, malgré ses droits à l'avancement. Ce cher ami n'était point né pour les carrières administratives, il n'avait point cette souplesse de caractère exigée à cette époque ; il le sentit et démissionna.

S'il avait eu un sentiment moins vif de sa propre dignité, nous n'aurions jamais eu ni connu le Dr Thomas. C'eût été regrettable. A coup sûr des hommes tels que lui savent se rendre utiles dans tous les milieux où ils vivent ; mais enfin il faut reconnaître que la sphère d'action, la part d'influence du docteur n'eût plus été la même en province qu'à Paris.

Nous connaissons tous avec quel travail opiniâtre, quelle ardeur infatigable le Dr Thomas se livrait à ses occupations si chères, avec quelle énergie, quelle patience il fouillait les archives françaises et étrangères (il parlait la langue et lisait la littérature de presque tous les pays d'Europe, à ce point qu'aujourd'hui même, si le destin lui avait permis de partager notre enthousiasme patriotique, il aurait eu le bonheur de manifester dans l'idiome même de nos sympathiques alliés). Nous nous rappelons quel acharnement, quel souci de la vérité il apportait quand il s'agissait de faire la lumière sur une question quelconque, sur un point d'histoire, ou bien de faire revivre une époque, un homme. De l'énergie! Vous allez voir comme il en a fait preuve à Paris; quelle force, quelle ténacité, quel esprit de suite il lui a fallu employer pour devenir le docteur Louis Thomas.

Ayant démissionné, âgé de vingt ans à peine, l'âge de tous les enthousiasmes, il vint à Paris. Ce cadre était mieux fait pour ses aptitudes extraordinaires, prodigieuses, répétons-le. Son imagination était remplie de grands projets, de belles conceptions, mais les ressources étaient légères, plus que légères. Ce n'était pas le moment de caresser les rêves d'avenir, de s'abstraire dans des théories philosophiques; le présent était impérieux, il fit des adresses sur bandes dans la maison Bonnard-Bidault ! Le premier jour il gagna deux francs et il put, le soir, savourer, en compagnie de son excellent ami Louis Ernoux, son dîner composé d'un morceau de saucisson. Jamais il ne parut plus heureux. « Voilà le meilleur repas de ma vie, dit-il, je viens de le gagner. » Je me suis permis de relever ce petit détail uniquement dans le seul but de vous faire voir ce grand caractère dans toutes les situations de sa vie.

Des hommes de cette trempe-là, si des circonstances les placent en dehors de leur voie naturelle, ce ne peut être qu'un léger incident dans leur vie, car bientôt on les voit reprendre le cours de leur vocation un moment interrompue ! L'étude était sa passion, elle s'était emparée de lui de bonne heure: dès sa plus tendre enfance elle eut pour lui un attrait irrésistible. Il rentre bientôt dans l'enseignement libre, tantôt comme maître d'étude, tantôt comme répétiteur. N'était-il pas à Paris, ce véritable foyer scientifique ! Il consacre ses loisirs à l'étude des auteurs

classiques, passe avec succès ses baccalauréats, se fait recevoir docteur en médecine, et tout cela sans le secours de personne. N'est-ce pas la démonstration la plus éclatante que, dans une société démocratique, les plus humbles, les moins favorisés de la fortune peuvent cependant aspirer à occuper les plus hautes régions intellectuelles ? Ne nous plaignons pas d'un état social qui donne libre cours à de telles évolutions !

Inspirez-vous, jeunes gens, des exemples qu'il nous a donnés. Ne perdez pas de vue que, dans notre libre pays de France, les situations libérales ne sont plus l'apanage exclusif des castes privilégiées; le docteur nous a démontré qu'il n'y avait point de barrières infranchissables pour quiconque sait allier à une volonté persévérante une vie sagement ordonnée.

Pourvu du titre de docteur, il ne voulut point faire de clientèle ; il préférait ses chères études et demander sa subsistance à un travail difficile, ardu, longtemps peu rémunérateur. Ce qui fut sa grande force, c'est que le Dr Thomas ne se préoccupait point des questions d'ordre matériel. Son bonheur était de faire des travaux d'érudition. Ses habitudes étaient simples, d'une simplicité toute primitive. Il était heureux, très heureux même, au milieu de ses livres ; ayant peu de besoins, il vivait exempt de soucis. Personne ne peut dire qu'il eut jamais la pensée de parvenir au luxe.

Par ses travaux non seulement il enrichissait la littérature médicale, mais encore il trouvait le temps nécessaire pour rendre les plus grands services à ceux qui l'ont approché. On a dit que l'amitié d'un grand homme était un bienfait des dieux ; nous qui avons profité de la science de cet homme de cœur, nous pouvons affirmer que l'amitié du Dr Thomas a été un bienfait pour un grand nombre de ses amis. Combien sommes-nous, réunis autour de sa tombe, qui avons bénéficié de sa vaste érudition ? Combien sommes-nous à qui il a donné les meilleurs conseils ? Il avait conquis un tel ascendant parmi ses amis qu'aucun de nous n'aurait mis un projet à exécution sans en avoir préalablement appelé à sa sagesse, à son expérience des hommes et des choses ; et comme il s'y prêtait de bonne grâce, sans autre avantage que la satisfaction du service rendu ! Son grand cœur était la source inépuisable des plus belles pensées et des actions les plus méritantes. Il ne fut jamais effleuré par un sentiment égoïste. Oui, il aimait la science, mais il la voulait pour tous. Il ne lui suffisait pas d'avoir conquis des titres, fort estimables à la vérité, il voulait aussi que ses amis en eussent. Il n'était pas jaloux de leurs lauriers, il y applaudissait avec ces élans de cœur qui ne trompent personne. Vous vous les rappelez, n'est-ce pas ? Comme ils étaient expressifs et dénotaient un bon et loyal cœur ! Combien y a-t-il de malades amis qui se sont adressés au médecin, et jamais en vain s'ils se trouvaient surtout dans une situation de fortune peu aisée ! Il prenait sans compter, sur le temps qu'il consacrait à ses écrits ; et on voyait celui qui n'avait pas cru devoir faire de la clientèle, pour ne pas être distrait de son cabinet, multiplier ses visites, donner ses soins avec un dévouement qui n'avait d'égal que son grand désintéressement. Il aurait voulu la notoriété pour tous ; il ne la recherchait pas pour lui. Avec quelle abnégation de lui-même n'a-t-il pas mis sa science, son grand talent d'écrivain, sa force de dialectique au service de tous !

Quel grand cœur ! Aussi comme je comprends maintenant la portée de cette maxime, qu'il avait mise au bas d'un dessin représentant une église : « *Ubi cor, ubi thesaurus.* » Cette juxtaposition était une réponse directe à cette prétention de l'Eglise qui consiste à dire « qu'en dehors d'elle il n'y a point de salut ». Comme beaucoup d'esprits cultivés, il était

sceptique à l'endroit des dogmes imposés à notre croyance ; il ne croyait guère aux miracles ni au merveilleux et ne considérait comme vraiment établies que les vérités d'ordre scientifique. A cette devise de l'Eglise, il opposait celle qui a été le culte de toute sa vie : « Où est le cœur, là est le trésor. » Quand on envisage la vie si exemplaire du Dr L. Thomas, quand on récapitule le nombre presque incalculable des services qu'il a rendus, on est amené à s'écrier : Oui, ce qui fait l'homme vraiment bon, vraiment utile, l'homme de bien sur cette terre, ce n'est pas l'observance, même sincère, de pratiques religieuses souvent stériles. A celui-là on préférera toujours l'homme qui professe l'amour de l'humanité en se dépensant sans compter pour améliorer la situation de ses semblables, en faisant le bien autour de lui, sans autre but que de leur être utile. A ces derniers nous leur devons, et c'est bien le moins, une reconnaissance éternelle. Telle fut la vie du Dr Thomas.

Vous vous souvenez aussi de ces heures charmantes que nous passions auprès de lui ; quelle conversation attrayante, instructive ; en le quittant après ces bonnes causeries dont il était prodigue, à notre grande joie, on se sentait tout à la fois et plus fort et meilleur, tant il respirait l'honnêteté, la bonté et, j'ajouterai à dessein, la moralité. Ai-je besoin de dire qu'il était simple, naturel, qu'il avait horreur de l'affectation, détestait le bruit et se souciait peu de la notoriété officielle ?

De plus, il était égalitaire par tempérament. Ah ! ce n'était pas un vain mot pour le Dr Thomas, que ce mot égalité. Ce n'est pas lui qui classait les gens par catégories, par nationalités, qui modifiait son attitude, ses manières suivant la condition sociale de celui avec qui il se trouvait en rapport. Dans toute personne, maître ou domestique, il voyait avant tout l'homme. En conséquence, il accueillait l'un et l'autre avec la même bienveillance, j'ajouterai, pour bien rendre mon idée, avec les mêmes égards. Vous énumérerai-je ses actes de délicatesse, de désintéressement, d'abnégation de lui-même ? Non, ce serait nous conduire trop loin, car sa vie en était remplie.

C'est bien ainsi, n'est-ce pas, que le Dr Thomas vous est apparu ? Je ne crois pas que l'amitié que j'avais pour lui m'ait porté à exagérer les qualités de cœur de ce généreux ami, qu'une mort cruelle et injuste nous a ravi si prématurément. Que de trésors de science et de bonté ont été perdus pour nous si soudainement, si inopinément ! N'était-il pas encore à un âge où l'on peut espérer vivre longtemps pour les siens, pour ses amis ? Pourquoi ces natures d'élite sont-elles souvent celles qui passent si vite au milieu de nous ? Est-ce donc pour augmenter encore le fardeau, déjà bien lourd, de nos misères en ajoutant à toutes les infirmités dont nous sommes menacés la tristesse de voir disparaître de notre scène de tels hommes, à un âge si plein encore de belles promesses ? Hélas ! confinés dans notre impuissance, nous ne pouvons que nous incliner devant l'inéluctable et triste destinée.

Son souvenir sera toujours vivant parmi nous. Sa mémoire ne nous a-t-elle pas été léguée par le bien qu'il nous a fait ? C'est à nous qu'il appartient de la sauver de l'oubli. C'est notre dette sacrée. Non, son souvenir ne s'effacera pas, j'en ai pour sûr garant l'intérêt que nous portons à nos enfants. Lorsque dans nos enseignements nous leur recommanderons de se conduire en honnête homme et que nous leur ferons un tableau des qualités requises pour devenir un homme de bien, nous aurons la certitude que le type idéal de l'honnête homme, dans toute l'acception du mot, n'est pas au-dessus des forces humaines en pensant à la vie vécue du Dr Louis Thomas.

Merci, messieurs, merci au nom de la veuve, au nom de la famille, de

votre attention si délicate, si touchante. Sur l'initiative de l'Ecole dentaire de Paris, et grâce au ciseau du sculpteur de talent, M. Millet de Marcilly, elle pourra encore voir les traits de celui que nous pleurons, contempler sa physionomie si douce et son regard profond qui décelait un penseur et un érudit. Puissent cette spontanéité, cet hommage de reconnaissance adressé par vous tous à la mémoire de cet homme de bien adoucir l'amertume de ses larmes.

Merci à vous tous, qui avez salué la grandeur, la générosité, alors même qu'elle s'incarnait dans le plus modeste des hommes.

Merci à l'Ecole dentaire de Paris, qui a su honorer dignement et solennellement la mémoire du Dr Thomas.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 18 février 1893.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Berthaux (de Soissons), Coignart (de Nantes), Richer (de Vernon), Noël (de Nancy), Lemerle, Tusseau, Touchard, Paulme, Löwenthal, Martinier, Francis Jean et Viau.

M. Berthaux, doyen d'âge, prend la présidence.

M. Francis Jean donne lecture des principaux passages du procès-verbal de l'assemblée générale du 31 janvier 1893, qui est adopté.

Correspondance.

Lettre d'excuses de *M. Barrié.*

Lettre de *M. Gillard*, qui s'excuse et prie ses confrères de ne lui confier aucun poste dans le bureau.

Nomination du bureau.

Discussion des candidats par MM. Viau, F. Jean, Tusseau, etc.

MM. Viau et Tusseau refusent la présidence. On passe au vote qui donne les résultats suivants :

Sur 12 votants, M. Lemerle est élu président provisoire.

M. Tusseau, vice-président ; M. Berthaux, vice-président ; M. Claser, secrétaire ; M. Paulme, trésorier.

M. Lemerle remplace M. Berthaux à la présidence et adresse quelques mots de remercîments.

Nomination des commissions.

Caisse de prévoyance. — 7 membres : MM. Billebaut, Bonnard, Billet, Horay, Martinier, Claser, Viau.

Syndicat professionnel. — 5 membres : MM. Barrié, Gillard, Lemerle, Löwenthal, Paulme.

Comité de rédaction du journal. — Après une longue discussion entre MM. Touchard, Martinier, etc., pour savoir si le gérant responsable sera pris dans le sein de la commission ou hors de celle-ci, le principe de nommer un comité de 5 membres est admis. Sont nommés : MM. Touchard, Löwenthal, Martinier, F. Jean et Viau.

Le Conseil désigne ensuite M. Touchard comme secrétaire de la rédaction et M. Löwenthal comme gérant responsable.

Admissions.

Sont admises comme membres de l'Association générale des dentistes de France : *Mlle Berg*, *Mme Masson*, diplômées, *Mme Billioray*, ancienne élève.

Affaires diverses.

M. F. Jean rappelle, en quelques mots, la constitution d'un comité de souscription pour élever un monument à la mémoire du Dr Thomas.

M. Lemerle annonce un don de 100 francs par feu *M. Victor Lecaudey*.

M. Richer prononce une allocution au nom des confrères de province.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire,
BARRIÉ.

Séance du 7 mars 1893.

Présidence de M. LEMERLE.

M. Lemerle donne lecture d'une lettre de *M. Claser* déclinant, pour des raisons personnelles, les fonctions de secrétaire.

Il annonce ensuite qu'il a fait parvenir avant la réunion une lettre aux membres de province pour éviter leur déplacement. Ces derniers, par cinq lettres dont il est donné connaissance au Conseil, déclarent se rallier, par avance, au choix de leurs collègues.

On passe au vote au bulletin secret.

A l'unanimité, *M. Barrié* est élu secrétaire.

M. F. Jean, dans le but de ne pas encombrer les colonnes de l'*Odontologie* par la publication *in extenso* du procès-verbal de l'assemblée générale du 31 janvier 1893, propose d'en faire un résumé succinct et de déposer au secrétariat, à la disposition des membres de la société, le procès-verbal complet pour les rectifications qu'il y aurait lieu d'y apporter.

Cette proposition est adoptée à mains levées.

Le Secrétaire,
Francis JEAN.

Séance du 27 mai 1893.

Présidence de M. LEMERLE, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

Sont présents : MM. Berthaux (de Soissons), Barrié, Billebaut, Francis Jean, Tusseau, Lemerle, Gillard, Poinsot, Martinier, Paulme, Touchard.

MM. Billet, *Bonnard*, *Claser*, *Viau*, *Coignard* (de Nantes), *Noël* (de Nancy) et *Richer* (de Vernon) s'excusent par lettres de ne pouvoir assister à la réunion.

M. Poinsot, président honoraire, communique une lettre par laquelle *MM. Barrié* et *Levett* sont officiellement accrédités auprès des présidents des divers congrès de Chicago.

M. Lemerle lit son projet de budget et les arrangements qu'il a conclus, sauf ratification, avec le bureau du Conseil de la Société civile de l'École.

M. Tusseau, dans le but de séparer les travaux d'écritures et autres des deux sociétés et de ne pas surcharger l'employé de la société civile de l'École (M. Verdier), avait cru devoir proposer un autre employé dans ce but, M. Santin, employé au ministère des finances, aux appointements de cinquante francs par mois.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Paulme, Tusseau, Martinier et F. Jean, il est décidé que M. Verdier sera chargé, comme par le passé, des divers travaux des deux sociétés avec ses appointements actuels. M. Santin devra terminer le travail à lui confié depuis le 1er avril et M. Verdier en reprendra la suite à une date à déterminer par les sociétés.

Il est rappelé que les 100 francs versés à la caisse de prévoyance des

dentistes par M. Lecaudey constituaient un legs fait à la dite caisse par son frère, M. Victor Lecaudey.

M. Touchard, dans le but de diminuer autant que possible les frais de voyage et de séjour du délégué de l'Association, propose de voter une subvention de 200 francs au nom du journal l'*Odontologie* et une de 300 francs au nom de l'Association.

Ces deux propositions sont adoptées à l'unanimité.

Le Conseil ne se réunissant que tous les trois mois, il est décidé, sur la proposition de *M. Paulme*, que les candidatures à l'Association seront provisoirement acceptées par le bureau, sauf ratification ultérieure par le Conseil.

Sont admis dans ces conditions : *MM. Gournand, Porte* et *Ribard*.

Sur la demande de *M. Martinier*, il est nommé une commission composée de MM. Tusseau, Touchard et Barrié pour examiner ses comptes de trésorerie et lui en donner décharge.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire,
BARRIÉ.

MISCELLANEA

I. Gingivite arthro-dentaire infectieuse chez une panthère. — II. Gingivite arthro-dentaire infectieuse chez le kanguroo de Benett. — III. De la pyorrhée alvéolaire chez le singe. — IV. Infection dentaire d'origine microbienne produite artificiellement chez le singe. — V. Sur l'actynomycose de la langue et du larynx. — VI. Enlèvement du ganglion gassérien.

I. — GINGIVITE ARTHRO-DENTAIRE INFECTIEUSE (PYORRHEA ALVEOLARIS) CHEZ UNE PANTHÈRE, par le Dr V. GALIPPE

A plusieurs reprises j'ai eu l'occasion de décrire cette affection chez les animaux conservés en captivité, l'amoindrissement de l'activité fonctionnelle d'un organe conférant à celui-ci une réceptivité plus grande pour les maladies infectieuses. Notre excellent maître, M. le Pr A. Milne-Edwards, a bien voulu nous remettre en 1887 le crâne d'une panthère morte à la Ménagerie : nous en avons fait l'examen. Entraîné par d'autres travaux, nous n'avions pas jusqu'ici publié le résultat de nos recherches.

Le crâne avait été préparé pour entrer dans les collections ; néanmoins, les lésions des dents et celles du rebord alvéolaire étaient très apparentes. Ces lésions étaient plus ou moins profondes suivant les points observés. mais existaient aussi bien au maxillaire supérieur qu'à l'inférieur. Le rebord alvéolaire était détruit sur une hauteur considérable (15 millimètres), particulièrement au niveau des canines.

Les altérations des dents portent sur le collet et sur la racine et sont plus ou moins graves. A première vue on pourrait attribuer ces lésions à la carie ; mais l'examen microscopique que nous avons fait de ces dents nous a montré que nous nous trouvions en présence d'une autre lésion.

En effet, dans les points où ces altérations sont le moins profondes, on voit qu'elles se sont produites dans la région où existe le tissu cémentaire, c'est-à-dire au-dessus du collet de la dent. Cette constatation démontre que, lorsque ces lésions se sont produites, la dent était déjà déchaussée. Les plus petites pertes de substance n'arrivent pas jusqu'à la

dentine, mais la plupart l'ont atteinte. Au niveau des parois des anfractuosités déterminées par ces pertes de substance, on constate l'existence de colonies microbiennes. On peut voir, dans quelques canalicules dentinaires, des micro-organismes ayant pénétré très loin dans la dentine. Cette lésion diffère de celles que l'on trouve habituellement dans la carie, en ce sens qu'il y a un moins grand nombre de canalicules envahis, que cet envahissement s'étend très profondément, sans que le diamètre des canalicules soit notablement augmenté. Même dans les points les plus voisins de la surface où se trouvent un très grand nombre de canalicules infectés, ceux-ci sont très peu dilatés.

Les mêmes lésions se retrouvent dans les parties les plus profondes, c'est-à-dire au niveau du cément osseux. Plus profondément encore, c'est-à-dire au voisinage de l'extrémité de la racine, le cément présente des néoformations considérables. Les anfractuosités qu'on y rencontre ont été comblées par places par du tissu cémentaire de nouvelle formation et en d'autres points par du véritable tissu osseux situé en dehors des limites de la racine. Le tissu osseux paraît devoir appartenir au rebord alvéolaire. La conclusion à tirer de ce fait, c'est que, du vivant de l'animal, il s'est fait une soudure entre l'extrémité de la racine et le maxillaire et que cette soudure a dû être la conséquence d'une ostéite néoformative. Dans quelques points où le cément a été détruit plus profondément encore et où la dentine même est intéressée, on constate que ces pertes de substance ont été comblées par du tissu osseux de nouvelle formation.

Nous avons été également frappés par le nombre considérable de fibres de Scharpey que l'on voit dans le cément et qui pénètrent profondément. Ce fait est en rapport avec la solidité des attaches que doivent présenter les dents de ces animaux et particulièrement les canines. Nous avons déjà eu l'occasion de signaler ce même luxe de moyens de fixation, dans les molaires et dans les défenses de l'éléphant.

La cavité pulpaire est rendue irrégulière par suite des néoformations dentinaires dont elle est tapissée. Les néoformations dentinaires se différencient de la dentine proprement dite par l'irrégularité de direction des canalicules, la variabilité de leur diamètre et leur proportion numérique variable, eu égard à la substance dentinaire. En outre, celle-ci se colore moins bien en rose par le picro-carmin que la dentine normale. On trouve encore dans cette dentine de petites cavités lacunaires dont la surface extérieure est mamelonnée et qui sont dues à ce que, dans ces points, la substance dentinaire se constituant habituellement par globules, ne s'est pas développée en quantité suffisante.

Le tissu pulpaire n'a pu être examiné, la pièce étant sèche.

Ce qui frappe surtout dans les lésions que nous venons de décrire, c'est l'intensité des destructions observées au niveau de la couronne et qui pouvaient faire croire au premier abord à des lésions produites par la carie. On serait tenté de conclure que, dans ce cas particulier, les associations microbiennes déterminant cette maladie étaient plus riches en agents destructeurs que dans les cas étudiés par nous, chez l'homme et chez les animaux.

Un autre point à noter, c'est l'importance des réparations osseuses venant combler les lésions destructives, au voisinage du sommet des racines [1].

---

1. Travail du laboratoire de la Clinique d'accouchements.

II. — Gingivite arthro-dentaire infectieuse (pyorrhea alveolaris) chez le kanguroo de Benett

Cette affection est des plus fréquentes dans les ménageries. Les animaux se trouvent placés tous dans des conditions également mauvaises, et d'autre part, contractant cette maladie soit par contact direct, soit par l'intermédiaire des mangeoires, ils présentent, dès qu'ils sont arrivés à un certain âge, les lésions de la pyorrhée alvéolaire : gencives gonflées laissant échapper du pus ou un liquide sanguinolent, dents allongées, mobiles et souvent projetées en dehors de l'arcade dentaire. Ces animaux mangent difficilement, quelquefois même, grâce aux abcès qui se trouvent au niveau du ligament, ne mangent plus du tout et finissent par succomber à une maladie infectieuse intercurrente.

Mon collègue et ami, M. Mégnin, a bien voulu me remettre un maxillaire de kanguroo de Benett ayant succombé, comme plusieurs individus de la même espèce, à une affection dont la cause directe était ignorée. A l'autopsie, M. Mégnin avait trouvé l'intestin complètement vide, ce qui prouvait que ces animaux, au moins dans la dernière période de leur vie, ne mangeaient plus du tout. Le maxillaire présentait des lésions que M. Mégnin m'a prié d'étudier.

Sur des coupes microscopiques convenablement colorées, nous retrouvons les lésions que nous avions déjà observées dans la pyorrhée alvéolaire chez l'homme et chez divers animaux et que l'on peut résumer ainsi : envahissement, puis destruction du ligament alvéolo-dentaire par les microbes.

Du côté du cément, on observe des phénomènes de destruction et de néoformation, mais le processus destructif l'emporte sur le second. Les phénomènes destructifs s'observent également sur le maxillaire qui est profondément érodé. On y constate la présence de touffes de leptothrix et de microbes. Dans le tissu médullaire on voit de petits foyers d'abcès paraissant également renfermer des microbes. Les vaisseaux sont remplis de globules blancs et oblitérés par eux ; on y remarque les lésions de l'endartérite.

Il y a des myéloplaxes dans les traversées osseuses, dans les anfractuosités, comme dans l'ostéite raréfiante. C'est un mélange de lésions appartenant à l'inflammation aiguë et à l'inflammation chronique.

En présence du nombre considérable des abcès que l'on trouve aussi bien dans le ligament que dans le maxillaire, souvent même au voisinage des nerfs, on conçoit que la mastication occasionnant de très vives douleurs aux animaux, ceux-ci se refusent à manger.

Entre les deux racines d'une molaire et en plein ligament, on constate l'existence de deux abcès volumineux contenant des touffes de leptothrix et des masses microbiennes. Les globules blancs ont infiltré le tissu avoisinant. Entre ces deux abcès on voit sur des coupes une cavité revêtue d'épithélium et de laquelle partent de petits prolongements épithéliaux. Au-dessus de cette cavité le tissu conjonctif tend à se disposer en parois. Cet ensemble rappelle les kystes que l'on trouve à l'extrémité des dents cariées et l'on peut supposer que ce kyste a eu pour point de départ des masses épithéliales paradentaires ayant proliféré et devenues kystiques sous l'influence de l'irritation produite au voisinage.

Rappelons que M. Malassez a démontré que dans cette région inter-radiculaire il existe à l'état normal, chez l'homme tout au moins, des débris épithéliaux assez nombreux, qu'il s'agisse de dents permanentes ou de dents de la première dentition, et même pour celles-ci c'est entre les racines que l'on trouve l'*iter dentis* allant du follicule à la gencive et dans

cet *iter dentis* on constate l'existence de masses épithéliales dépendantes de l'organe adamantin.

Dans les dents les plus malades, le travail destructif a été si intense que les racines ont complètement disparu. Il ne reste que la couronne, et encore la dentine a-t-elle été profondément érodée. Dans la cavité pulpaire, on trouve de la dentine secondaire, témoignant d'une invasion microbienne ancienne de la pulpe et des phénomènes inflammatoires qui en ont été la conséquence.

Dans d'autres molaires, on constate dans la cavité pulpaire des anfractuosités comblées par des cellules lymphoïdes. Au voisinage du sommet du canal radiculaire, le cément a pénétré dans le canal et l'a comblé en partie.

On constate également la présence de dentine secondaire dans le canal ainsi que dans la cavité pulpaire.

En résumé, ce qui domine dans les lésions observées, c'est une infection polymicrobienne ayant envahi le maxillaire, le ligament, le cément et la dentine [1].

III. — De la pyorrhée alvéolaire chez le chien

Parmi les animaux domestiques, les chiens sont très exposés à contracter la *pyorrhée alvéolaire*, mais ce sont surtout les chiens dits d'appartement qui paient le plus lourd tribut à cette maladie. Il est assez difficile de recueillir des dents tombées spontanément ; les chiens les perdent ou les avalent.

La gravité des lésions varie avec l'ancienneté de la maladie, mais elles sont comparables à celles que nous avons observées chez les autres animaux.

Dans une incisive inférieure (carlin), nous avons trouvé les lésions suivantes : du côte du cément nous constatons qu'il s'est fait un travail destructif, ayant déterminé la production d'encoches allant jusqu'à la dentine. Dans ce cas particulier il n'y a pas eu de tentative de réparation par du cément de nouvelle formation.

La cavité pulpaire est presque complètement remplie de pus concret, dans certains points la pulpe est détruite et remplacée par une matière albuminoïde coagulée.

Le canal radiculaire est en partie oblitéré par de la dentine de nouvelle formation. La racine de la dent est recouverte à sa surface par des touffes de tartre et les encoches du cément que nous avons signalées plus haut sont tapissées par des microbes.

Dans une grosse molaire enlevée à un lévrier algérien, déjà âgé et chez lequel cette dent avait déterminé un abcès, nous avons constaté une hypertrophie considérable du cément. Il s'était en outre produit des encoches, les unes avaient été comblées par du cément de nouvelle formation, les autres étaient restées béantes et étaient tapissées d'un très petit nombre de microbes, ceux-ci ayant été entraînés dans les manipulations.

La dent ayant été arrachée, on trouva au milieu des fragments du ligament un certain nombre de ces débris paradentaires décrits autrefois par M. Malassez.

L'extrémité de la racine a été complètement détruite. La partie résorbée a été remplacée par une couche considérable de cément de nouvelle formation, contenant de larges espaces cémentaires. Cette masse cé-

---

1. Cet examen a été fait sous la direction et avec les conseils de mon maître et ami M. Malassez.

mentaire, preuve de l'activité fonctionnelle de ce tissu, a comblé en partie le canal radiculaire de la racine, très élargi par un travail destructif antérieur. Dans le voisinage de la couronne il s'est fait un tissu mixte cémento-dentinaire.

La cavité pulpaire est comblée en partie par de la dentine secondaire.

Il s'était fait à la surface de la dent une carie tout à fait superficielle sans production de cavité et de ce point partaient un grand nombre de canalicules infectés allant jusqu'au voisinage de la pulpe. Nous avons déjà eu l'occasion de signaler la gravité de ces caries que l'on observe chez l'homme dans des conditions particulières, tenant à la fois à l'état local et à l'état général.

IV. — Infection dentaire d'origine microbienne produite artificiellement chez le singe

On sait que, lorsqu'ils vieillissent, les singes deviennent méchants et mordent volontiers. Comme ils sont puissamment armés et que leurs canines si puissantes et si acérées peuvent faire de graves blessures, on prend dans les ménageries la précaution de scier ou de couper les canines afin de désarmer les singes. Cette opération ne pouvant généralement pas s'exécuter dans des conditions normales, l'opérateur ayant à veiller à sa sécurité, il arrive que la cavité pulpaire est mise à nu et que l'animal se trouve placé dans les mêmes conditions que s'il avait une carie pénétrante. La pulpe s'enflamme et s'infecte, provoque soit spontanément, soit à la pression de très vives douleurs, puis peuvent survenir des fluxions, des abcès identiques à ceux que nous observons chez l'homme.

J'ai eu la bonne fortune d'examiner les dents d'un singe soumis à ce traitement un peu barbare. La pièce qui m'a été confiée par M. Milne-Edwards était sèche. Néanmoins on pouvait constater la preuve évidente d'abcès alvéolaire ayant détruit tout ou partie du rebord alvéolaire. Les dents présentent des lésions curieuses à observer :

1° *Canine inférieure droite.* — La cavité pulpaire de cette canine n'a pas été ouverte par la section. Néanmoins, on trouve des micro-organismes dans la pulpe, ainsi que dans les canalicules partant du canal radiculaire et qui sont infectés en assez grand nombre. Les parasites contenus dans les canalicules sont d'une extrême finesse.

Dans certains points le cément a subi une hypertrophie considérable et dans le voisinage du sommet de la racine on remarque de nombreuses cavités de formes irrégulières, allongées ou arrondies et remplies de microbes.

Il ne nous a pas été possible de déterminer le chemin suivi par l'infection, mais nous avons appris par des observations antérieures qu'un ou deux canaux infectés suffisent à conduire dans la cavité pulpaire les agents infectieux.

2° *Canine supérieure droite.* — La surface de section présente de très nombreux micro-organismes, les uns réunis en chaînettes, les autres en amas. Au voisinage de cette lésion les canalicules sont largement infectés et remplis de micro-organismes. Au milieu des canalicules on remarque des pertes considérables de substances, peut-être produites par les microbes et certainement comblées par eux. Nous constatons en outre une sorte de dissociation de la dentine dont l'origine ne peut être que difficilement fixée. Du côté du cément, il y a une hypertrophie considérable provoquée évidemment par des phénomènes inflammatoires aigus.

En ce qui regarde cette dent, la mutilation qu'elle avait subie avait largement ouvert la cavité pulpaire.

3° *Canine supérieure gauche.* — La surface de section est profondément envahie par les micro-organismes. On trouve dans les canaux radiculaires, tout à fait à leur extrémité, de nombreux canalicules infectés, et dans la région intermédiaire à la dentine et au cément, riche comme on le sait en espaces lacunaires, on voit un nombre considérable de ces parasites, ce qui prouve que la pulpe a été atteinte et que l'infection a été active et profonde.

4° La *canine inférieure gauche* présente des lésions identiques, avec pénétration des microbes dans la cavité pulpaire.

Il résulte de ce qui précède que, théoriquement au moins, il vaudrait mieux, dans ces cas, arracher les canines que de les couper. Cette dernière opération, comme nous l'avons vu, expose les animaux à des complications durables et douloureuses, puisque l'on crée en quelque sorte de véritables caries artificielles, avec infection de la pulpe et toutes les conséquences que cette infection entraîne.

D'autre part, l'extraction présenterait de telles difficultés que, pour assurer la sécurité de l'opérateur, elle ne pourrait être faite que sous l'anesthésie. Or les singes étant très sensibles à l'action des anesthésiques, ils courraient peut-être de plus graves dangers.

(*Journal des Connaissances médicales.*)

V. — SUR L'ACTYNOMYCOSE DE LA LANGUE ET DU LARYNX (Maiocchi)

Aujourd'hui, nombreux sont les cas étudiés d'actynomycoses siègeant sur la muqueuse buccale ; il en existe aussi quelques-uns observés dans le larynx. C'est la voie ordinaire d'introduction de ce virus, qui n'est autre chose qu'un champignon auquel, par suite de la disposition qu'il affecte, on a donné le nom d'*actynomyces.*

Les lésions se traduisent sur la muqueuse buccale et pulmonaire, sur la plèvre et enfin sur la colonne vertébrale, quand, à travers l'œsophage, il a pénétré dans le médiastin postérieur. Ce champignon détermine toujours, comme effet, un processus d'inflammation spécifique. Il est important de le reconnaître sur la peau et sur la muqueuse externe.

Quand il pénètre dans la muqueuse, il peut donner lieu à diverses productions ou concrétions de forme nodulaire, ulcérative, fongueuse ou papillomateuse. Les concrétions se présentent ainsi : le champignon reste à la surface de l'épithélium muqueux, en particulier dans la loge amygdalienne. L'épithélium forme barrière, de sorte que le fongus se revêt des desquamations épithéliales de la muqueuse, et lorsqu'il est pour ainsi dire immobilisé, il apparaît sous forme d'une concrétion.

Les premiers cas furent observés sur la muqueuse tonsillaire des singes. D'autres sortes de concrétions des amygdales ont été rencontrées formées par un champignon ; d'autres fois, les concrétions étaient réduites en masses purulentes ; j'en ai vu un cas dans lequel les concrétions étaient dans le conduit de Warthon. Cela peut se rencontrer quand il a traversé le tissu connectif. Sur les maxillaires, il revêt un aspect sarcomateux. Dans la muqueuse, il a présenté aussi une forme nodulaire. Ce sont des nodules multiples qui viennent de la masse fongueuse et qui restent quelque temps dans le stade néoplasique ; ils sont mous, puis dégénèrent ou subissent la fonte purulente. Quand les tissus sont ainsi ramollis et dégénérés, il se forme des cratères qui contiennent une substance jaune, d'aspect caséeux ou purulent : l'actynomyces s'y trouve et est ainsi éliminé.

Cette maladie se montre sous les aspects suivants : forme de concré-

tion, forme ulcéreuse, forme fongueuse et forme papillomateuse. Dernièrement les *Archives de Langenbeck* donnaient la description d'une forme ulcéro-fongueuse comme celle que j'ai décrite moi-même, et qui pouvait être confondue avec le lupus du larynx.

Quels seront les signes différentiels qui permettront le diagnostic d'actynomyces sur la muqueuse externe?

Dans le larynx il faudra voir si c'est la forme nodulaire, si les ulcérations sont distinctes, si la masse, dans son centre, a une couleur jaune soufre intense, non comme celle de la caséification, mais comme la couleur du lupin. Et comme les spécialistes connaissent le moyen de retirer un petit fragment, on ne doit pas négliger l'examen de la masse jaune, dans laquelle se trouve l'actynomyces.

Ces ulcérations, au début, sont multiples ; plus tard, elles tendent à se réunir.

Un deuxième signe consiste dans la chronicité du processus, qui est très lent.

Rarement, et seulement lorsqu'une nouvelle infection de la muqueuse engendre un autre processus infectieux, l'ulcère procède avec rapidité. Ce sont des ulcères torpides, comme ceux de la scrofule, et comme ceux désignés sons le nom de scrofulides et qui se comportent sur la muqueuse comme sur la peau.

Un troisième signe, c'est qu'il s'agit d'une forme qui ne produit ni adénite, ni périadénite. Cela m'a tellement frappé que je donne ce signe comme vraiment caractéristique ; d'ailleurs, il a été vérifié par plusieurs auteurs. Bien qu'il y ait des glandes dans le foyer, les engorgements ganglionnaires font néanmoins défaut, ou, s'il en existe, il s'agit d'irritations passagères. Une adénite actynomyceuse n'apparaît que lorsqu'il y a des lympathiques s'ouvrant directement dans la peau. Ce n'est pas un fait de métastase ; en effet, on n'en voit jamais dans les ganglions internes.

Cette absence d'adénite a été attribuée aux dimensions du champignon, qui est fort gros ; mais on ne peut en dire autant des spores en massue qui peuvent n'être pas plus grandes que les bacilles de la lèpre, lesquels sont très petits. L'actynomyces pourrait par hasard pénétrer, mais il faut considérer que, quand il se détache, il n'est pas divisé en ses éléments ; les cônes se rencontrent toujours avec le mycelium.

L'actynomyces a été trouvé dans la langue du bœuf, dans les amygdales et récemment dans le larynx ; ainsi ce n'est pas une rareté. Ce sont les observations d'actynomyces qui sont rares et non le mal, parce qu'il a été confondu avec des ulcères scrofuleux ou avec des scrofulides granuleuses comme le lupus.

La forme papillomateuse, qui est la plus grave, s'observe dans le larynx entre les cordes vocales. Dans l'intérieur de cette production papillomateuse, au lieu de rencontrer du tissu connectif hypertrophié, comme dans le papillome commun, on trouve çà et là des masses de cellules jeunes, qui ont pour centre le champignon avec ses ramifications.

La difficulté consiste à reconnaître ce processus, et vous pouvez me dire : si vous ne nous donnez un signe pour distinguer cette maladie, tout ce que vous en avez dit ne nous sert de rien.

Le quatrième et dernier signe est fourni par l'examen microscopique (lorsqu'il peut être fait) de la peau, du larynx, de la masse jaune purulente ou calcaire. Mais il n'est pas facile de reconnaître l'actynomyces au microscope. S'il s'agit d'une masse purulente, l'actynomyces est relativement très fragile, de sorte qu'il se transforme sous le verre en une masse semblable à la myéline et qu'il perd ainsi sa forme. Si on ne le

voit pas sous sa forme rameuse, il est difficile de le distinguer du champignon en massue. Mais rencontre-t-on des granulations jaune soufre, qui, sous le verre du microscope, ne se réduisent pas en une masse homogène, mais en petites masses distinctes, c'est un signe d'une grande valeur.

Dans la cavité pleurale, le diagnostic se fait aussitôt parce que les conditions y sont différentes. Dans les concrétions, le diagnostic est difficile quand les éléments de nouvelle formation sont infiltrés de sels calcaires. Il est besoin d'user de précautions pour se débarrasser de ces sels. L'acide HCL, en solution plus ou moins résistante, ou la glycérine chlorhydrique, peuvent servir à cet effet. On voit alors, comme sur les fossiles, non pas les spores ni le mycelium, mais seulement leur empreinte. Si, même aujourd'hui, cette affection ne se découvre que rarement dans la muqueuse tonsillaire et laryngée, cela dépend du peu d'attention qu'on y a porté.

(*Rev. int. de rhinolog., laryng. et otologie.*)

VI. — Enlèvement du ganglion gassérien

Les cas de l'enlèvement du ganglion gassérien sont toujours pleins d'intérêt et celui qui est rapporté par le Dr Krause dans la *Deutsche med. Wochens.* l'est particulièrement, parce que le *modus operandi* a notablement différé de celui qu'on suit généralement.

Le patient était une femme de 68 ans qui avait eu une névralgie invétérée pendant plus de 20 ans sur le côté gauche de la face. Le nerf dentaire inférieur et le tronc du nerf maxillaire inférieur ayant été séparés à diverses reprises avec un soulagement momentané, il fut décidé d'enlever le ganglion gassérien.

La première phase de l'opération consista à enlever une large bande dans la région de l'os temporal gauche, composée de tous les tissus mous au-dessous de cet os. Avec un ciseau, un petit trou fut pratiqué dans la partie mince de la portion squameuse, la potion restante de l'os étant enlevée avec une pince à os. La dure-mère fut alors détachée du crâne et l'artère de la méninge du milieu fut mise à nu ainsi que la 2e et la 3e division du trijumeau. L'artère fut alors divisée entre deux ligatures et le cerveau enfermé dans son enveloppe fut élevé au-dessus de la fosse moyenne, de façon à mettre complètement à nu le ganglion gassérien. La première division ne fut cependant pas exposée au-delà de sa jonction avec le ganglion, par crainte de léser le nerf oculo-moteur, le trochléaire et l'abducens. Les 2e et 3e divisions du trijumeau furent alors divisées avec un ténotome et le ganglion tordu avec une pince et arraché, la 1re division étant rompue à sa naissance vers le ganglion.

La patiente se rétablit rapidement, se leva au bout de 7 jours et fut debout en neuf semaines. Elle est complètement débarrassée de ses douleurs névralgiques.

(*J. of the brit. dent. Ass.*)

VARIA

LES FOURNISSEURS DE NAPOLÉON Ier

Sous ce titre, M. Maze-Sencier a publié un livre intéressant et très documenté: au nombre des fournisseurs l'auteur fait figurer les médecins, les chirurgiens et les dentistes.

Napoléon Ier dépensait pour ses médecins, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, pédicures, la somme de 201.700 fr.

Corvisart, premier médecin, touchait 30.000 fr. ; il avait en outre 4.500 fr. pour frais de bureau. *Hallé*, médecin ordinaire, recevait 15.000 fr.

Lanfrancque, *Guillouneau*, *Bayle*, *Lerminier*, tous quatre chargés de l'infirmerie impériale, et faisant le service à tour de rôle, étaient gratifiés chacun de 8.000 fr.

Il y avait en outre quatre médecins consultants, ayant chacun 3.000 fr. C'étaient *Malet*, *Le Lieux*, *Pinel* et *Aubry*.

Le premier chirurgien, *Boyer*, touchait 15.000 fr.

C'est *Yvan* qui pansa Napoléon quand il fut blessé à Ratisbonne en 1809. Il figure (à Versailles) dans le tableau de Gautherot, qui a peint cet épisode de guerre du premier Empire.

Horeau, *Vareillage*, *Lacournère* et *Ribes* étaient chirurgiens de l'infirmerie impériale et faisaient leur service comme les médecins, c'est-à-dire par quartier, et touchaient chacun 6.000 fr.

Jouan,« chirurgien-adjoint et en survivance », 6.000 fr. Napoléon, qui habitait souvent Saint-Cloud, y avait également un chirurgien, *Lassoujade*, 4.500 fr.

Chaque chirurgien consultant avait 3.000 fr. ; c'étaient *Pelletan*, *Perey*, *Sabatier* et *Dubois*.

Dubois accoucha l'impératrice Marie-Louise. L'accouchement fut long et laborieux, aussi Dubois inquiet fit part à l'Empereur de ses appréhensions : « Faites comme si vous aviez affaire à une bourgeoise de la rue Saint-Denis; surtout, Dubois, sauvez la mère, » lui répondit-il.

Mère et enfant furent sauvés. L'Empereur fit dire à Dubois par Corvisart qu'il était dans le ravissement et qu'il voulait savoir ce qu'il désirait pour sa récompense. « Dis à l'Empereur, répondit-il, que je désire beaucoup d'honneurs et beaucoup d'argent. » Pas dégoûté, l'accoucheur Dubois!..... Il fut créé baron et empocha 100.000 fr.

Puis venait un chirurgien-dentiste avec 6.000 fr. Le titulaire de ce poste était *Dubois-Foucou*, qui avait été le dentiste de Louis XVI. Dubois-Foucou resta le dentiste de l'Empereur jusqu'en 1814 et devint plus tard celui de Louis XVIII, fonction qu'il partageait à ce moment avec *Oudet*, avec le titre de : « Médecins ayant exercé par charge et ayant rang de docteurs ». Dubois-Foucou prenait le titre de docteur-dentiste et avait soutenu, en 1777, une thèse intitulée : *De dentium vitiose positarum curatione.*

Enfin venaient un chirurgien-pédicure : 2.400 fr., le bandagiste qui est là pour la forme, car il n'est point appointé.

Les pharmaciens, au nombre de sept (dont un à Saint-Cloud), recevaient 23.300 fr.

Napoléon ne croyait guère à l'efficacité de la médecine, sauf dans quelques cas rares, dont il comparait le traitement aux maximes de Vauban pour les sièges réguliers. Il discutait souvent avec Corvisart ; celui-ci — en bon courtisan — finissait toujours par être de l'avis du souverain. Cependant, c'était Corvisart qui avait guéri Bonaparte d'une gale attrapée au siège de Toulon.

G. V.

NOUVELLES

Nous avons le plaisir d'apprendre que notre confrère M. L. Cecconi vient de recevoir du Ministère de la Justice les lettres lui conférant la nationalité française. Nous souhaitons avec empressement la bienvenue à notre nouveau compatriote.

La séance de réouverture des cours de l'École dentaire de Paris et l'Assemblée générale annoncées dans notre dernier numéro pour les 28 et 31 octobre sont reculées de quelques jours.

COMITÉ DE SOUSCRIPTION POUR ÉLEVER UN MONUMENT SUR LA TOMBE DU Dr L. THOMAS

M. Schleier, Paris	26 »
M. Nolda, D. E. D. P., Hambourg	5 »
M. Grimbert, prof. à l'Ecole, Paris	20 »
Total	51 »
Listes précédentes	4.485 »
TOTAL GÉNÉRAL	4.536 »

DÉPENSES :

Funérailles (Devis pompes funèbres)	781.95
Couronnes de l'Ecole dentaire	100 »
— de l'Association générale des dentistes de France	100 »
Couronnes du Conseil de direction de l'Ecole	150 »
Entrepreneur marbrier (caveau et monument)	873 »
Sculpteur et fondeur (M. Millet de Marcilly)	2.000 »
Photogravures d'après le buste et autographe (300 exemp.)	125 »
Impression de la brochure « Aux Souscripteurs »	100 »
Imprimeur Fanguet (secrétariat)	97 »
— Majesté —	24 »
Affranchissements —	85.45
— (trésorier)	47.90
Agrandissement de photogravures	20 »
Total	4.504.30

AVIS

La Chambre syndicale pensait qu'il y avait lieu pour les dentistes de faire dès maintenant une déclaration justifiant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, conformément à l'art. 32 de la loi sur l'exercice de la médecine.

Désireux de les informer des démarches à faire, nous nous sommes renseigné à la Préfecture de police, bureau de l'enregistrement des diplômes. Il nous a été répondu qu'aucun ordre n'a été donné au sujet des déclarations des dentistes et qu'ils doivent attendre la mise en vigueur de la loi.

Nous tiendrons nos confrères au courant de ce qui devra être fait

en temps opportun. Nous ajouterons, à titre de renseignement, que le service de l'enregistrement des diplômes est transféré depuis trois mois de l'annexe de l'Hôtel de Ville à la Préfecture de police, escalier C, 1er étage, 2e division, bureau 31.

Le Président,
TUSSEAU

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

OUVRAGES PUBLIÉS EN FRANÇAIS

Auber (Jules). — La cocaïne en chirurgie dentaire (1892, Paris, G. Steinheil, 88 p. in-8°).

Nolda (Otto). — Résumé du traitement antiseptique de la pulpe (G.-H. Cornelsen, Paris).

OUVRAGES PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

North (Gustavus). — Questions and answers on dental pathology and therapeutics, dental embryology, hygiene and care of children's teeth. *Questions et réponses de pathologie et de thérapeutique dentaires, d'embryologie, d'hygiène dentaire et sur les soins des dents des enfants* (68 p.).

Davenport (J.-B.). — The desirability of extraction of the sixth year old molar. *Intérêt d'extraire la molaire de six ans* (Londres, 1892, John Bale et fils, 23 p. in-8°).

Davis (H.). — Guide to administration of anœsthetics. *Guide pour l'administration des anesthésiques* (Londres, 1892, H. R. Lewis, 92 p. in-8°).

Hohenemser (O.). — Narkosen mit Chloroformium medicinale Pictet. *Narcoses au chloroforme médicinal Pictet* (Munich, 1892, J.-F. Lehmann, 57 p. in-8°).

Parreidt (J.). — Handbuch der Zahnersatzkunde. *Manuel de prothèse dentaire* (2e édit., Leipzig, 1893, A. Felix, 128 p. in-8°).

Transactions of the odontological Society of Great Britain. *Comptes rendus de la Société odontologique de la Grande-Bretagne* (24e vol., Londres, 1892, John Bale and Sons, 250 p., 6 pl., 1 tab. in-8°).

Transactions of the American Dental Association (32th annual session, held at Niagara Falls, commencing on the 4th of August 1892). *Comptes rendus de la 32e réunion annuelle de l'Association dentaire américaine tenue à Niagara Falls à partir du 2 août* 1892 (Philadelphie, The S. S. Vhite Dental Mfg. Co, 1893, 211 p., avec fig.).

Sewill (Henry). — The dental profession. *La profession de dentiste* (Baillière, Tindall et Cox).

Underwood et Carter Braine. — Notes on anœsthetics in dental surgery. *Notes sur les anesthésiques en chirurgie dentaire* (2e éd., Ash et fils).

Balkwill (F. H.). — The testimony of the teeth to man's place in nature, and other essays on the doctrine of evolution. *Le témoignage des dents pour la place de l'homme dans la nature et autres essais sur la théorie de l'évolution* (Paul Regan, Trench, Trubner and Co).

Warren (George W). — Dental pathology and dental medecine. *Pathologie dentaire et matière médicale* (Philadelphie, P. Blakiston, fils et Cie, prix, en toile, 1 dollar).

Heuschkell (W). — Krankhafte Vorgänge an den Kiefern und ihr Zusammenhang mit Anomalien der Zähne, betrachtet in Anschluss an einige Fälle aus der chirurg. Universitäts-Klinik des Herrn Prof. Dr Riedel zu Iena. *Processus morbides des mâchoires et leur relation avec les anomalies des dents considérées comme connexes à quelques cas de la clinique chirurgicale*

du Prof. Dr Riedel, de l'Université d'Iéna (Iéna, 1892, H. Pohle, 30 p. in-8°).

C. J. Cigrand. — The rise, fall and revival of dental prothesis. *Développement, décadence et renaissance de la prothèse dentaire* (Chicago, 1892, 100 p.).

The medical and dental register directory and intelligencer of Pennsylvania New Jersey-and Delaware. *Annuaire médical de la Pennsylvanie, du New-Jersey et du Delaware* (424 p., 1 doll. 25, George Keil, 306. Chestnut Street, Philadelphie, 1892).

Giuseppe Cali. — Agenda medico-chirurgico-odontojatrica. *Manuel médico-chirurgico-odontologique* (Naples, Cali, 55, Via Roma Gia, Toledo, 1 fr.).

Ottolenguy. — Method of filling teeth. An exposition of practical methods which will enable the student and practitioner of dentistry successfully to prepare and fill all cavities in human teeth. *Méthodes d'obturation des dents. Exposé de méthodes pratiques permettant à l'étudiant et au praticien en dentisterie de préparer et d'obturer avec succès toutes les cavités des dents humaines* (in-8°, 236 fig., relié, 200 p., 1893, prix 2 dollars 50, Philadelphie, The S. S. White Dental Mfg. Co).

Cassidy. — Elements of chemistry and dental materia medica. *Eléments de chimie et de matière médicale dentaire* (556 p. avec un index, relié, 2 dollars 60, Cincinnati, Robert Clark et Co., 1893).

Abonyi (J.). — Compendium der Zahntechnik für Studirende und Aerzte. *Manuel de technique dentaire pour les étudiants et les praticiens* (Stuttgart, 1892, 158 p. in-8°, Wilhelm Braumuller).

Cohn (Conrad). — Cursus der Zahnheilkunde. Ein Hülfsbuch für Studirende and Zahnärzte. *Cours de dentisterie. Aide de l'étudiant et du médecin-dentiste* (Berlin, Fischer, 1892, 1re partie, 284 p. in-8°).

Heitmüller (K.). — Die Wiederherstellung von Zahn-Conturen durch Theile Künstlicher Zähne in Verbindung mit Glassmasse, Cement, Amalgam-Cement und Gold. *Reconstitution des contours des dents au moyen de morceaux de dents artificielles conjointement à du verre, du ciment, du ciment-amalgame et de l'or* (Leipzig, A. Félix, 1892, 3 pl., 116 p. in-8°).

Kurzes Repertorium der Zahnheilkunde als Vademecum für die Clinik und Praxis, sowie als Katechismus für die Prüfungen. Gearbeitet nach den Werken und Vorlesungen von Baume, Coleman und and. *Répertoire sommaire de dentisterie. Vademecum de clinique et de pratique et catéchisme des examens, rédigé d'après les œuvres et les leçons de Baume, Coleman et autres* (Leipzig et Vienne, M. Breitenstein, 1892, 78 p., 1 pl., in-12).

Warnekros (Ludwig). — Die Fixirung der Bewegungen des Unterkiefers beim Kauact und ihre genaue Berücksichtigung beim Zahnersatz, ermöglichlt durch den neuen Articulator des Berliner Zahnärztlichen Instituts. *Détermination des mouvements du maxillaire inférieur pendant la mastication et leur observation exacte en prothèse, facilitées par le nouvel articulateur de l'Institut dentaire de Berlin* (Berlin, 1892, L. Schumacher, 31 p. in-8°).

Clifford (E. L.). — Manual of recitations in materia medica, pharmacy and therapeutics. *Manuel de matière médicale, de pharmacie et de thérapeutique* (in-8° relié, 364 p., 3 dollars, Chicago, The Kauffmann Medical Publishing (C° 1893).

PÉRIODIQUES. TRAVAUX ORIGINAUX

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DES AFFECTIONS DE LA CAVITÉ BUCCALE ET DES MAXILLAIRES

— **Junkerman.** Variété et modifications dans la carie dentaire (*It. of int.* mai 92). — **Kummer.** Constriction des mâchoires par ankylose

Vol. 13. Paris, Novembre 1893 N° 11

TRAVAUX ORIGINAUX

NOTE SUR UNE DES MANIFESTATIONS BUCCALES DE LA NEURASTHÉNIE

Par M. Mendel Joseph,
Démonstrateur à l'École Dentaire de Paris.

Quelques faits cliniques intéressants que le hasard m'a permis d'observer m'ont conduit à penser que, de même que les autres troubles physiologiques persistants, la neurasthénie présente, elle aussi, ses manifestations spéciales dans la bouche. A en croire les publications que j'ai eu l'occasion de consulter, ce chapitre de notre pathologie buccale est à peine effleuré. J'oserai dire qu'on ne trouve point de faits publiés dans lesquels la neurasthénie soit invoquée comme condition initiale. L'observation de M. Poinsot [1] publiée dans l'*Odontologie*, preuve d'une remarquable intuition chez ce praticien distingué, a trait à des conditions morbides déterminées du système nerveux, distinctes de la neurasthénie et ne pouvant s'y rattacher que par un lien susceptible de discussion.

Cependant les localisations buccales de cet état général me paraissent multiples, depuis l'exaltation de la *sensibilité tactile* des dents, depuis l'hyperesthésie de la dentine et celle de la muqueuse buccale jusqu'aux troubles trophiques plus profonds modifiant les tissus dans leur vie élémentaire et amenant des désordres considérables.

Il ne m'appartient pas de vous entretenir longuement de la neurasthénie. Vous savez tous en quoi consiste cette maladie *du siècle* [2]. On croit pouvoir la définir : un trouble dynamique du système cérébro-spinal, un épuisement durable de la force nerveuse sans lésions anatomiques appréciables. Cet affaiblissement peut atteindre tous les centres nerveux de la vie de relation et de la vie organique ; *il peut frapper non seulement les centres qui président aux actions physiologiques communes, mais aussi tous les centres secondaires où sont organisées certaines combinaisons motrices, sensitives et intellectuelles acquises par l'éducation spéciale de l'individu* [3].

Ainsi que je viens de le dire, l'absence de lésions organiques semble caractérisque dans la neurasthénie. Les investigations du laboratoire dirigées dans le but de déterminer la nature de la neurasthénie n'ont donné que des résultats négatifs. Les symptômes subjectifs

1. *La déontologie professionnelle*, *Odontologie*, 1886.
2. Beard, *Neurasthenia*, New-York, 1882.
3. L. Bouveret, *La neurasthénie*, Paris, 1891.

sont les seuls en présence et c'est par l'induction fondée sur l'ensemble de ces symptômes qu'il est permis de présumer la nature de cet état morbide.

Mais si la constatation matérielle des troubles primitifs paraît, jusqu'à présent du moins, échapper à l'examen microscopique, si l'étiogénie n'est basée sur aucune donnée anatomique certaine, les désordres secondaires de la neurasthénie ou mieux ses manifestations ultimes présentent des modifications appréciables dans l'intimité des tissus et dans l'ensemble des organes.

Il n'y a rien, d'ailleurs, qui puisse nous surprendre dans ce fait, si l'on se rappelle cette donnée élémentaire que les grandes fonctions de la vie organique, la circulation et la respiration, ainsi que l'appareil digestif, demeurent sous la dépendance immédiate du système nerveux. Un trouble de ce dernier déterminerait par un mécanisme très compréhensible des troubles secondaires de nutrition dont l'importance varierait avec la persistance et l'intensité de la cause première.

Sont-ce les fonctions digestives qui sont compromises? L'élaboration imparfaite des aliments, la résorption des produits de la fermentation anormale développée dans l'estomac malade donneraient raison aux troubles profonds de la nutrition générale [1].

Les désordres de l'innervation du cœur sont parfois d'une gravité extrême. En se plaçant à notre point de vue spécial, les modifications dans l'innervation des vaisseaux périphériques, auxquelles sont dues nombre de manifestations de l'épuisement nerveux, méritent une attention particulière.

Les voies respiratoires paraissent être les moins intéressées dans la neurasthénie. Les troubles de l'innervation qu'on peut y observer sont généralement de peu d'importance ; ils n'en sont pas moins réels et contribuent, dans une certaine mesure, à élever le coefficient de vulnérabilité de l'organisme.

Ce mécanisme pathogénique me semble clair, naturel. Il donne une explication logique à la plupart, sinon à toutes les manifestations neurasthéniques, y compris les localisations buccales.

J'ai l'intention de faire une étude circonstanciée des phénomènes neurasthéniques de la bouche et serais reconnaissant à ceux de nos confrères qui voudraient présenter certains faits qu'ils croient pouvoir attribuer aux mêmes causes initiales, y reconnaître la même étiologie.

Pour l'instant, je désire vous parler d'une de ces formes morbides par lesquelles je vois se manifester la neurasthénie. Le fait clinique dont il s'agit a été pour la première fois présenté devant la Société d'Odontologie par M. Viau — notre aimable président au temps où j'avais le plaisir de collaborer avec lui — sous le titre : *Sur une forme non décrite de la périodontite chronique* [1]. C'est sur ce sujet que je désire m'arrêter.

1. Bouchard, *Leçons sur l'auto-infection*, Paris, 1887.
2. *Odontologie*, octobre 1892.

L'auteur décrit ainsi le tableau clinique de cette affection :

... « Elle se caractérise à la période d'état par la mobilité très grande de la dent atteinte, par la disparition presque complète des parois alvéolaires et par l'absence de la suppuration. La maladie ne frappe qu'une seule et unique dent et les lésions qu'elle produit sont nettement limitées à la région correspondant à la dent atteinte. Point de généralisation. Les dents voisines ne présentent aucun trouble du côté de l'alvéole et du ligament et sont au contraire très solidement fixées dans le maxillaire. Quoique la carie dentaire soit fréquente dans la bouche où cette maladie s'observe, elle paraît n'avoir aucune relation avec cette dernière. L'évolution des phénomènes morbides n'est précédée d'aucune période inflammatoire aiguë, d'aucun symptôme subjectif. Le processus est indolore, lentement progressif. La gencive ne présente que des modifications peu sensibles. Elle est légèrement épaissie, hypertrophiée, décollée au pourtour de la dent malade qui flotte comme dans un sac. Le bord libre de la gencive conserve cependant son niveau normal et recouvre le collet de l'organe atteint..... A la période ultime, la mobilité est extrême, la gencive est plus congestionnée, la résorption alvéolaire est complète. La dent ne tient que par quelques fibres et l'extrémité de la racine. Les malades ont accusé de petits élancements profonds survenant spontanément sans cause apparente... Point de suppuration, point de propagation aux dents voisines... »

On remarquera l'hésitation de l'auteur à déterminer la nature de cette affection. D'une part, l'absence complète, caractéristique de la suppuration à la période ultime des lésions, la localisation du processus à une seule dent à côté de dents parfaitement implantées, ne permettent pas de la rapporter à la périodontite expulsive; d'autre part, la nature des lésions, leur marche spéciale du collet de la dent vers l'extrémité apicale, l'absence de carie à la dent atteinte, l'absence presque de phénomènes inflammatoires du côté de la gencive empêchent de la confondre avec la périodontite chronique simple.

L'hypothèse d'une ostéite ou mieux d'une alvéolite primitive, engendrant tous les phénomènes subséquents, vers laquelle penche l'auteur, est difficilement admissible, étant donné l'absence de toute atteinte anterieure quelque peu aiguë.

Le seul processus auquel elle semble par plus d'un point correspondre, c'est l'atrophie sénile du rebord alvéolaire et du ligament qui l'unit à la dent. Les phénomènes intimes de régression paraissent être et sont vraisemblablement identiques. Mais le fait de sa localisation à une région limitée, constituant, en quelque sorte, le privilège individuel d'une seule dent, nous oblige à faire la distinction.

On conçoit dès lors que la dénomination de périodontite chronique, que l'auteur a donnée à cette maladie, ne soit que provisoire.

Ainsi, ce n'est ni la périodontite aiguë, ni la périodontite chronique, ni la périodontite expulsive; ce n'est ni l'ostéite du rebord alvéolaire, ni l'atrophie sénile en évolution régulière, celle-là étant naturellement généralisée. Qu'est-ce alors?

L'exclusion d'entités cliniques énumérees impose une détermination nouvelle. Je ne prétends point la créer de toutes pièces, les données certaines, véritablement scientifiques, manquant presque

complètement. C'est une simple hypothèse que je me permets d'émettre en disant que l'étude plus approfondie des faits cliniques en question m'a fait croire à l'origine neurasthénique de ces manifestations.

Lorsqu'on conçoit la simplicité de mon interprétation, on comprend qu'aucun effort d'imagination n'était nécessaire pour arriver à cette conclusion. Un trouble persistant d'ordre général se manifestant par des localisations périphériques variées, buccales, entre autres, cela est d'une logique médicale élémentaire.

Mais, objectera-t-on, comment expliquer cette atteinte isolée d'une seule dent à côté des autres parfaitement saines? Pourquoi cette élection, qu'aucune cause particulière ne saurait justifier, alors que, étant donné l'ordre général de la cause, toutes les dents devraient être frappées des mêmes phénomènes de dégénérescence?

La réponse est que, au milieu de cette multiplicité des conditions qui, dans un organe, contribuent à constituer une résistence amoindrie, il est parfois difficile de s'orienter. Est-ce le défaut de la constitution? Sont-ce les troubles de l'évolution, les traumatismes accidentels ou autres causes inaperçues?

Du reste, si même cette atteinte isolée n'était qu'accidentelle, si dans la tendance d'une généralisation possible vous ne vouliez voir qu'un simple fait de régression sénile, il n'en est pas moins intéressant pour nous de connaître l'origine de cette sénilité prématurée.

Il convient ici de remarquer que ce ne sont pas les considérations d'ordre général qui m'ont conduit à rechercher dans la bouche les manifestations de l'épuisement nerveux, mais bien la présence dans la bouche des troubles, dont je ne trouvais pas d'explication satisfaisante en dehors de la neurasthénie, dont ces personnes ont été atteintes.

Les quelques cas suivants viendront à l'appui de mon hypothèse.

La première de mes malades, qui est une de mes amies, vous est déjà connue. C'est elle qui a fourni la première observation parmi les 4 rapportées par M. Viau. Cette observation étant la plus typique, je crois intéressant de la reproduire.

Mme P..., 38 ans, bonne constitution, assez nerveuse, présentant des phénomènes manifestes d'anémie, *résultant de surmenage physique et d'épreuves morales* dans les dernières années..... L'examen de la bouche permet de constater des caries multiples, affectant toutes les formes et la plupart des dents; les incisives centrales et latérales de la mâchoire inférieure ne sont même pas respectées; les dents absentes ont été, au dire de la malade, extraites à cause de la carie.

Seule, la première petite molaire du côté gauche de la mâchoire supérieure n'était pas atteinte; mais elle attira notre attention à cause de son état particulièrement anormal.

Au simple examen on remarquait une congestion de la gencive limitée à la racine de la dent, la gencive était sensiblement hypertrophiée, mais conservait le bord libre à son niveau normal; la teinte de la dent n'a subi aucune modification, elle est restée blanche, transparente, vivante.

En touchant la dent, on est frappé de sa mobilité extrême, caractéris-

tique ; on dirait que la dent ne tient que par un petit pédicule attaché à son extrémité radiculaire ; les mouvements imprimés à la dent entraînent ceux de la gencive ; en effet, les parois alvéolaires ont entièrement disparu et cette résorption complète, définitive, masquée par la gencive en apparence à peu près normale, est des plus singulières.

En pressant la gencive le long de la racine, en descendant de l'extrémité vers le collet, il était impossible d'observer la moindre suppuration. Pour bien préciser notre exploration, nous priâmes la personne de venir nous voir le matin avant l'emploi de la brosse, et, cette fois comme les autres, nous ne pûmes que confirmer notre constatation première.

Il faut ajouter que la malade est venue nous consulter pour une autre dent atteinte de pulpite ; elle ne se plaignait point de la dent qui a fixé notre attention, elle s'en servait franchement, sans éprouver de gêne appréciable.

A la percussion, la dent restait indolore ; la pression de la gencive au niveau de la racine malade n'occasionnait aucune sensation désagréable ou pénible ; rien, dans les symptômes subjectifs présents, ne témoignait ce long processus chronique de la résorption alvéolaire et péridentaire.......

Depuis le moment où cette observation fut rédigée, j'ai eu l'occasion de voir la personne assez souvent et d'étudier plus attentivement les phénomènes qui nous intéressent.

Cette personne, au dire de son médecin, est un type accompli de neurasthénique. Elle en représente tous les symptômes cardinaux : la céphalée, le casque neurasthénique de Charcot, l'insomnie, la dyspepsie par atonie gastro-intestinale. Les troubles de la sensibilité se manifestant par l'hyperesthésie cutanée et les douleurs névralgiformes prédominent ; l'exaltation musculaire, qui se traduisait par un besoin irrésistible d'activité et d'exercices physiques, était suivie d'une période d'affaiblissement, d'épuisement caractéristique dans cet état.

Un point intéressant à noter, ce sont les troubles dans les fonctions des glandes salivaires. Leur sécrétion semblait être à un moment donné suspendue et la malade accusait par moments une sécheresse désagréable dans la bouche.

Tout récemment, en lui examinant la bouche, j'ai remarqué que la première petite molaire inférieure gauche était également atteinte et présentait les mêmes altérations, quoique sensiblement atténuées.

La seconde observation a trait à une dame américaine de 40 ans environ.

C'est une neurasthénique confirmée. Les déceptions morales et matérielles des dernières années ont accentué un état morbide datant depuis longtemps.

Les dents sont d'une constitution satisfaisante eu égard à l'aspect des dents, dont la calcification serait plutôt bonne ; cependant des caries s'observent dans la région des molaires où les dégâts sont considérables. Les 8 dents antérieures de la mâchoire supérieure ont un arrangement parfait et une conservation parfaite. A la mâchoire inférieure, les 6 dents de devant ne laissent rien à désirer ; les deux prémolaires du côté gauche sont parfaitement conservées ; elles achèvent l'arcade dentaire, les grosses molaires suivantes étant extraites. Du côté opposé, les 2 petites

molaires sont frappées de lésions identiques à celles observées dans les cas précédents : mobilité extrême de la dent, résorption alvéolaire profonde, absence de suppuration, absence de causes déterminantes apparentes.

La personne affirme que la mobilité de ces dents s'est surtout accentuée depuis la mort de son mari.

La troisième observation concerne une demoiselle d'une trentaine d'années, une neurasthénique avérée, actuellement en traitement chez le Dr K., hydrothérapeute.

Les troubles digestifs accompagnés de douleurs névralgiformes de l'estomac dominent le tableau clinique.

Dans la bouche, le traitement conservateur a atténué les dégâts considérables de la carie envahissante. Quelques dents font défaut, par suite de l'extraction, absence n'ayant, d'ailleurs, aucune importance, à notre point de vue spécial.

C'est la dent de sagesse inférieure droite qui fixe notre attention ; son état nous rappelle les altérations observées dans les deux cas précédents. Rien dans l'articulation, dans la position ni dans le voisinage ne permet de reconnaître la cause occasionnelle.

Avant de terminer cette petite note, dont le but est simplement d'attirer l'attention sur une question que je considère comme intéressante, je voudrais vous présenter la réflexion suivante :

Quels que soient la cause première de ces manifestations, leur mécanisme intime, un fait demeure indéniable: la dégénérescence des tissus dentaire, alvéolaire et gingival. Nous sommes donc en présence d'un tissu privé de ses qualités normales de résistance naturelle, vivant de sa vie résiduelle ; d'un terrain admirablement préparé pour la réception des microorganismes qui, comme vous le savez, ne manquent pas dans la bouche; nous sommes, de plus, en présence d'un milieu buccal qui, en raison des différentes conditions générales et locales, serait favorable à l'éclosion et au fonctionnement du parasite; et malgré cela que voyons-nous ? Aucun travail suppuratif n'a lieu.

Ces faits seraient de quelque appui à la théorie de la spécificité de la gingivite arthro-dentaire infectieuse défendue par MM. Malassez et Galippe.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES ÉTRANGERS A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Sous ce titre, nous recevons la lettre suivante :

Lorsque j'ai voté avec mes collègues du Conseil de direction en faveur de l'admission des étrangers, j'ai cru faire œuvre saine et juste, et mon opinion ne s'est nullement modifiée depuis, bien au contraire.

Agir autrement me semble une atteinte au bon sens, à la logique.

Pour rester dans cette idée étroite des nationalités et de l'ostra-

cisme envers les étrangers, il faudrait ne rien accepter de ceux-ci : ni les communications scientifiques qui font faire tant de progrès à notre profession, ni les leçons des maîtres dont nous avons accepté les procédés qui nous étaient inconnus jusque-là, ni même les élèves qui viennent recevoir, chez nous, l'instruction, et porter dans toutes les directions le bon renom de l'Ecole dentaire de Paris, après avoir laissé leur or en échange de la science acquise, or que nous ne dédaignons pas, quoique étranger. Et nous avons bien raison.

Pourquoi empêcher ces élèves étrangers d'enseigner chez nous ce qu'ils y ont appris, s'ils sont jugés dignes de le faire ?

La sagesse des nations dit qu'un simple soldat a son bâton de maréchal dans sa giberne. Cela veut dire qu'il n'est pas condamné à rester inférieur et qu'il peut, par son courage et son intelligence, acquérir les grades les plus élevés.

Il doit en être de même dans toutes les professions en général, et dans la nôtre en particulier. L'élève est au soldat ce que le professeur est à l'officier, qu'il soit étranger ou non.

Une des principales objections que j'ai entendu formuler par mes adversaires, est celle-ci :

Dans les pays étrangers, le Français ou plutôt l'étranger au pays n'est pas admis à occuper une fonction.

Est-ce vrai ? Ne l'est-ce pas ? Qu'importe ! La raison, selon moi, est spécieuse.

La France, alors, donnerait l'exemple du libéralisme.

Cela est dans ses traditions. La loi défend aux étrangers de faire partie du Conseil de direction. Il faut s'incliner devant elle. « *Dura lex, sed lex.* » Mais elle ne défend pas de les admettre dans le corps professionnel.

Ne soyons donc pas plus sévères qu'elle, ni plus sages que le législateur.

Ed. Löwenthal.

CONGRÈS DENTAIRE DE CHICAGO

RAPPORT

Par M. J. Barrié,

DÉLÉGUÉ DE L'ÉCOLE ET DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE,

ACCRÉDITÉ PAR M. LE MINISTRE DU COMMERCE

(Suite)

TRÉPANATION DES DENTS ET EXTRACTION DES PULPES

Par M. P. Poinsot

Directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Communication faite au Congrès de Chicago (par M. Barrié).

Afin de retarder la chute sénile des organes dentaires, nous avons recours à deux opérations bien distinctes, se complétant l'une par l'autre : la trépanation et l'extraction.

La physiologie nous apprend que la dent reçoit ses moyens de nutrition de deux manières différentes : la vie externe de relation par le ligament péridentaire, la vie interne par la pulpe dentaire, qui permet la calcification de l'organe dans sa partie interne, de la périphérie au centre.

Cette calcification est généralement complète vers l'âge de trente à quarante ans environ. Cependant pathologiquement une dent peut devenir caduque à un âge moins avancé, sous la dépendance de causes générales ou locales ; c'est pourquoi notre opération peut être faite à des âges différents avec une même opportunité.

Le résultat pratique de notre trépanation et de l'extraction totale de la pulpe dentaire consiste à supprimer un moyen de nutrition devenu inutile puisque la calcification de la dent est complète. Elle devient dangereuse, puisque la continuation de sa fonction aura pour résultat de créer une sénilité anticipée déterminant la chute de l'organe.

Les deux moyens de nutrition externe et interne doivent marcher de pair jusqu'à la calcification complète de la dent; mais, celle-ci une fois complétée, on peut et même on doit la supprimer afin qu'elle n'entrave pas la fonction de la première, parce que dès qu'une fonction quelconque cesse d'être physiologique, elle devient fatalement pathologique, et il convient d'assurer l'intégrité de la première fonction, en supprimant la seconde devenue inutile pour le but qui a été atteint.

Les causes générales pouvant avancer ou retarder la calcification dentaire; les troubles de la nutrition par insuffisance seront une cause de retard, les troubles de la nutrition par exagération, tout au contraire, seront une cause d'avancement marqué de la calcification normale.

Les causes peuvent être locales, frappant une ou plusieurs dents contiguës entre elles, ou aussi en des points différents de la bouche.

Parfois même, mais cela est plus rare, on pourra constater dans une bouche dont les dents sont au-dessous de la moyenne de la calcification une ou plusieurs dents exagérement calcifiées ; quelle qu'en soit la cause, qu'elle soit générale ou locale, une fois la calcification complète ou exagérée bien et dûment constatée, il y aura avantage à exécuter notre opération.

Cette opération consiste à :

1° Trépaner la couronne de la dent dans la chambre pulpaire, avec un foret fin pour les dents à racines uniques, avec un foret plus fort pour les dents à racines multiples, en ayant soin au préalable de faire disparaître l'émail dentaire sur le point à traverser ;

2° Extraire la pulpe dentaire et les filets vasculo-nerveux avec les tire-nerfs en usage, après avoir analgésié ces tissus avec le phényl-cocaïne ou par l'électrolyse (pôle positif), pour les canaux inaccessibles physiologiquement ou pathologiquement ;

3° Obturer les canaux, les chambres pulpaires et les parties trépanées des couronnes des dents traitées par les différents modes d'obturation communément employés.

C'est dans ce genre de cavité qu'on peut employer des chevilles de bois comprimé et aseptisé pour obturer ces cavités parfaitement cylindriques.

Pour que le résultat désiré soit complet, il faut procéder à l'opération susdite avant que l'état pathologique soit très avancé. En effet, si l'on attend que l'inflammation succédant à l'irritation des filets vasculo-nerveux soit devenue chronique au point de lésionner le ligament péri-dentaire et même d'amener la résorption du cément devenu graisseux et de provoquer des altérations du côté de l'alvéole, si l'on attend, dis-je, un pareil état de choses, immanquablement l'opération de la trépanation sera inutile, voire même quelque peu dangereuse, car ces tissus ainsi lésés ne supportent pas de semblables traumatismes. Dans ces cas, les procédés de résection intra-alvéolaire des extrémités radiculaires par les procédés de MM. Martin et Poinsot seront préférables, même les réimplantations préconisées par MM. Magitot, David, Castinel, etc., pourront encore lui être préférées.

Notre opération est indiquée surtout lorsque la gencive dépendante du ligament péridentaire sertit et enchâsse solidement le collet de la dent à calcification complète, ou bien quand il y a une légère modification par un état pathologique seulement ébauché.

RÉSUMÉ DES COMMUNICATIONS ORALES ET DES DISCUSSIONS QUI LES ONT SUIVIES

I

Défauts congénitaux de l'émail.

Par M. Otto Zsigmondy, de Vienne.

L'anomalie du développement de l'émail connue sous le nom d'*érosion* ou d'*atrophie* est très fréquente. Dans les dents ainsi affectées, le revêtement d'émail est inégalement distribué aux degrés inférieurs; on observe des rainures superficielles plus ou moins profondes sur des points isolés dans l'émail, qui a d'ailleurs un aspect normal. Ces rainures peuvent être isolées ou placées en rang. Quand elles sont confluentes, des sillons peuvent entourer la couronne comme un anneau. Parfois quelques-uns de ces sillons sont placés en séries l'une au-dessus de l'autre ; d'autres fois l'émail semble scié en petites rainures (c'est ce que les Anglais appellent *érosion en gâteau de miel*). Dans d'autres cas encore l'émail semble totalement absent à certains points et la dentine elle-même se montre à la surface (c'est l'érosion en échancrure et l'érosion en nappe des Français si le défaut affecte le bord libre de la face tranchante ou les dents antérieures à un degré plus ou moins marqué).

La couche d'émail qui revêt la rainure présente une surface rugueuse, inégale, de couleur plus ou moins jaunâtre ou brunâtre, et n'a pas le poli

convenable et la transparence normale, tandis que l'émail, dans le voisinage immédiat de ces endroits, présente tous les caractères du tissu parfait. Quant aux dents dont la dentine est exposée ou couverte d'une mince couche d'émail seulement, celui de la portion normale de la dent se dresse sous la forme d'une éminence annulaire, ce qui a amené certains auteurs à parler de l'épaississement de l'émail à ces points. Mais, comme le prouvent les sections de ces dents, cet épaississement ne se produit jamais. Tandis que la surface de l'émail est interrompue sur les sections transversales, plongeant dans les rainures et les sillons, le bord de la dentine semble sans changement à l'œil nu. On trouve donc des portions d'épaisseurs différentes dans la couche d'émail, mais on ne rencontre que rarement des points dépourvus d'émail ; ces derniers d'ordinaire deviennent la proie de la carie, surtout parce que la dentine de ces dents possède une structure défectueuse amenant les progrès de l'affection aux points dépourvus d'émail. Les défauts en question sont toujours symétriques, c'est là un point caractéristique, de sorte que les dents correspondantes des deux mâchoires sont également affectées. Ils se produisent dans les dents dont le développement correspond à la même époque et ils sont limités aux portions qui se correspondent dans leur degré de développement. Le siège de ces défauts et leur distance de la face latérale de la couronne varient en conséquence dans les diverses catégories de dents. Parfois, si l'obstacle au développement s'est produit de très bonne heure et s'il n'en est par survenu plus tard, seules les 4 1res molaires, les 1res des dents permanentes à durcir, présentent des signes d'anomalies. Les défauts se constatent alors seulement aux apex des pointes, qui dès lors semblent usées. Si l'interruption dans le développement normal survient plus tard, quand la formation de l'émail des pointes des 1res molaires est plus avancée, ces dents présentent le défaut davantage dans la direction de la racine ; alors, outre celles-ci, les incisives latérales présentent également des défauts dans l'émail des dents venant au moment de la calcification.

Si le trouble se répète une ou plusieurs fois, une série correspondante de sillons ou rainures se remarque dans l'émail des dents en train de se calcifier au moment de l'interruption du développement. Si l'on trouve un sillon sur la 1re molaire près du bord, un défaut analogue se remarquera à mi-chemin sur la couronne de l'incisive centrale. La cuspide présente le défaut plus près du sommet de la pointe, tandis que la 1re molaire et les dents soumises à la calcification plus tard en seront exemptes. L'incisive latérale de la mâchoire supérieure diffère de la dent correspondante de la mâchoire inférieure, tandis que la calcification suit celle de l'incisive centrale de cette dernière et précède celle de la cuspide. La calcification à la mâchoire supérieure marche ainsi :

1° L'incisive centrale ; — 2° la cuspide ; — 3° l'incisive latérale. Cette circonstance remarquable, encore mal étudiée, explique pourquoi nous trouvons l'incisive latérale développée presque normalement, tandis que des défauts se montrent sur l'émail d'autres dents de la mâchoire supérieure.

La 1re molaire n'est que rarement le siège de défauts typiques, la 2e encore plus rarement, et on n'en a jamais observé d'exemple dans les 2 dernières molaires. Certains auteurs soutiennent que les dents de lait n'en présentent jamais, mais c'est là une erreur, car on remarque parfois des dents temporaires ressemblant à des cuspides et des molaires permanentes quant aux défauts de l'émail et dont la structure interne présente aussi les lignes interrompues caractéristiques des dents en question.

L'étiologie de ces anomalies a été le sujet de vives discussions. L'a-

nomalie n'étant que très rarement limitée à une seule dent, comme serait le cas si la cause était purement locale, nous sommes obligés d'en chercher la cause dans des maladies générales de l'organisme dont l'effet sur les autres tissus a disparu, tandis que leur influence est demeurée permanente sur les dents.

On a invoqué comme causes de trouble dans le développement normal des follicules dentaires le rachitisme, les scrofules, la syphilis, l'*exanthème*, les convulsions, la méningite, le croup, etc., dans le jeune âge; mais il est quelque peu étonnant qu'on ait presque entièrement négligé les examens microscopiques des dents affectées ainsi, car cela constitue la base de la solution de la question. Un point capital, c'est que le trouble dans le développement peut aussi s'observer dans la dentine, qui n'est pas calcifiée uniformément dans toutes ses parties. On remarque dans des sections de celle-ci, aux points correspondant aux couches fondamentales, des lignes bien marquées qui consistent en espaces interglobulaires en rangs et qui sont des sections de couches dans lesquelles il s'est produit une calcification incomplète.

D'après Abbott, les prismes de l'émail sont caractérisés par leur forme ondulée et sont interrompus par des stries concentriques bien marquées. On voit de nombreuses prolongations en forme de poire, des canalicules dentinaires pénétrer dans l'émail à diverses profondeurs, les unes s'étendant presque à la surface ; ces espaces contiennent du protoplasme et sont teintés en violet foncé par le chlorure d'or. A plusieurs endroits où l'émail n'est pas totalement calcifié, on constate des couches d'émail à pigment granulaire. Abbott a observé une fois une croissance anormale d'émail sur l'émail normal ; une autre fois il trouva un émail défectueux primitif sur lequel en était déposé un autre, normal celui-là.

L'émail qui se forme conjointement aux espaces interglobulaires dans les couches de dentine ne peut-il pas présenter aussi des traces d'interruption dans le développement normal? Cette question n'est pas résolue, mais les recherches entreprises ont établi qu'il existe de l'analogie entre les couches de dentine et le tissu de l'émail.

Une section longitudinale d'une dent présentant la forme la plus simple de ce défaut dans l'émail — un sillon enveloppant la couronne — montre que la couche d'émail ainsi atteinte devient graduellement plus mince dans la direction de l'apex de la couronne à la racine, jusqu'à ce qu'elle atteigne le point le plus bas de la dépression, où l'émail se réduit à une couche insignifiante variable d'épaisseur suivant les cas. L'émail reprend rapidement son épaisseur normale à partir de ce point dans la direction de la racine et sa limite externe s'approche graduellement de la surface de la dentine où elle se tourne brusquement vers le dehors. Si la section est suffisamment mince, nous observons une ligne délicate, mais bien marquée, interrompue çà et là, traversant la totalité de l'émail jusqu'à la surface de la dentine, continuant directement la 1re partie de la ligne qui limite le défaut et suivant la même direction. Cette ligne fait un angle de 15 à 30 degrés avec la surface de la dentine ; sa direction est la même que celle des bandes brunâtres parallèles de Retzius qui se trouvent en grand nombre dans l'émail adjacent. Dans les sections transversales nous voyons la ligne suivre parallèlement la surface de la dentine et entourer toute la couronne. On peut donc considérer cette ligne comme la section d'un plan séparant l'émail primitif d'avec l'émail subséquent. Si l'on examine une section d'une dent développée normalement et les lignes de démarcation entre le dépôt d'émail le plus récent, on constate que la couche d'émail atteint sa plus grande épaisseur à l'extrémité libre, au bord tranchant ou au sommet des points de

la couronne où la calcification commence et diminue graduellement vers les racines.

Les prismes d'émail correspondant à la 1re portion déposée sont déjà développés dans une large mesure quant à la longueur, tandis que ceux de la partie restante ne sont pas aussi avancés et, dans la portion encore plus éloignée de l'apex de la couronne, on a constaté des calcifications n'ayant commencé que dans les prismes. Les cellules de l'émail dans la région de transition entre les épithéliums interne et externe de l'émail n'ont pas encore à ce moment commencé la formation de l'émail. Si le trouble dans la nutrition de l'émail survient à cette époque, les cellules de l'émail qui ont produit les prismes déjà calcifiés sont détruites dans une large mesure; par suite, le développement ultérieur des prismes devient impossible. Les prismes appartenant à l'émail situé plus près de la couronne n'étant pas développés au même degré, tout en souffrant une interruption dans leur développement, n'en continuent pas moins à progresser après la cessation du trouble et peuvent atteindre leur développement normal. Les prismes dans la région du collet de la dent où la calcification n'a pas encore commencé au moment de l'activité du trouble ne souffrent, bien entendu, aucune interruption dans leur développement.

La ligne d'interruption en question se trouve dans toutes les formes d'émail défectueux. Quand la surface de la couronne présente deux sillons ou plus, la couche d'émail se sépare sur une section longitudinale, avec un nombre correspondant de couches en ligne, s'étendant des sillons à la surface de la dentine. Dans les cas donc où le défaut consiste seulement en une dépression en rainure, la ligne d'interruption est sur une section longitudinale. C'est comme quand la couronne est entourée par un sillon sur une section transversale; la ligne s'étend du fond de la rainure sur les deux côtés et entoure la couronne.

Il faut renoncer à tous les termes impropres: *émail ondulé*, *dents en gâteau de miel*, *dents marquées de sillon*, *dents syphilitiques*, *dents rachitiques*, *atrophie*, *érosion*, etc., qui conviennent à quelques cas isolés et non à tous, et les remplacer par le terme *hypoplasie de l'émail*.

DISCUSSION

M. J. J. R. Patrick. L'auteur a-t-il observé la forme en croissant de l'anomalie dans les dents décidues, celles qu'on appelle les dents syphilitiques d'Hutchinson?

M. Zsigmondy. Oui, j'ai observé les mêmes défauts dans les dents décidues que dans les dents permanentes.

M. G. V. Black. L'auteur a-t-il observé l'atrophie du lobe moyen des incisives centrales produisant la forme en croissant indiquée par Hutchinson comme caractéristique de la syphilis?

M. Zsigmondy. Non, pas dans les dents décidues.

M. Davis. J'ai la forme en croissant bien marquée chez un de mes patients actuellement, un enfant de 20 mois.

M. Cunningham. M. Zsigmondy n'a pas abordé du tout la question de la cause de l'anomalie; il parle simplement d'une interruption dans le développement. Mais, en revanche, il nous apporte un fait nouveau, la ligne d'interruption, qu'on constate au microscope. De plus, le terme *hyperplasie* qu'il nous propose est parfaitement en situation, le mot érosion ayant trop de sens différents. Nous lui devons de la reconnaissance pour ses recherches sérieuses.

II

Que peut opposer la dentisterie à l'hypothèse de l'évolution organique?

Par M. W. G. A. Bonwill, de Philadelphie.

Des recherches et une pratique de 40 ans ont amené l'auteur à formuler un certain nombre de principes, qu'il considère comme des lois naturelles. A cause du caractère abstrait de ce travail, purement théorique, philosophique même et sans profit palpable pour le praticien, malgré l'esprit d'observation dont il est empreint, nous sommes obligé de le passer sous silence, ainsi que la longue discussion à laquelle il a donné lieu. A titre d'exemple, nous nous bornerons à citer les deux premiers de ces principes, au nombre de 14 :

1° La mâchoire et les dents de l'homme sont l'œuvre de lois absolues qui leur ont donné leur utilité maxima ; elles ne peuvent pas éprouver dans leur organisation de changement en bien, mais seulement en mal;

2° La mâchoire de l'homme, pour son organisation et son action, repose sur les principes du triangle équilatéral, lesquels déterminent la forme de chaque dent et le nombre de celles devant occuper ce triangle.

III

Tumeurs adénoïdes et autres maladies inhérentes à la première dentition.

Par Mme Annie Felton Reynolds, de Boston.

Ce c'est pas la difficulté de la dentition, mais bien une tendance au rachitisme qui est la cause des convulsions infantiles, quoiqu'une gencive tendre et enflammée puisse en hâter le paroxysme.

L'époque de la dentition est une période de grande activité fonctionnelle, car, outre l'éruption des dents, l'appareil folliculaire des intestins subit un développement actif qui prépare l'organisme à un changement radical d'alimentation. Il en résulte des désordres intestinaux et des symptômes nerveux fréquents. La présence d'aliments non digérés et indigérables dans l'estomac et les intestins est une cause de convulsions. La suralimentation avec sa propre substance devient une cause excitante, surtout pendant la saison chaude. Les éruptions cutanées sont très communes à cette époque de l'enfance et peuvent être concomitantes à l'éruption d'une dent. La salivation est fréquente chez les enfants, indépendamment du flux qui accompagne la dentition, et c'est un symptôme caractéristique de la stomatite ulcéreuse qui se traduit souvent par une gingivite.

Le fait le plus important susceptible de se produire à cette période, c'est la présence des croissances anormales dans la cavité nasopharyngienne. L'influence de l'obstruction nasale est la cause non seulement d'états morbides de tout le trajet respiratoire et de l'oreille moyenne, mais encore de changements pathologiques dans d'autres organes du corps, même éloignés. Cette affection est la plus formidable ennemie de l'enfance. Les tumeurs adénoïdes ont la forme de crêtes s'attachant à la paroi postérieure du pharynx nasal, de la grosseur d'un noyau d'amande à celle d'un grain de froment, de couleur rougeâtre, de consistance charnue et très vasculaire.

Les symptômes des tumeurs adénoïdes peuvent se ranger dans cinq catégories : respiration, sécrétion, parole, ouïe, état général. Les effets respiratoires sont directs et indirects ; les premiers se remarquent dans l'obstruction de la respiration nasale et dans l'établissement de la respiration buccale. La respiration imparfaite et contre nature produit de l'anémie, laquelle peut amener un manque de développement des os de

la face, des difformités du maxillaire supérieur, des irrégularités des dents, des parois thoraciques mal conformées et une parole défectueuse. Un simple rhume peut en avoir été la cause. La surdité, dans la majorité des cas, s'ajoute aux autres incommodités, et quand l'enfant a atteint l'âge de 6, 8 ou 10 ans, les caractères de la végétation adénoïde sont les suivants : l'enfant respire par la bouche, sa physionomie a une expression stupide, souvent idiote, sa bouche est ouverte, il prend des positions anormales la nuit dans son lit, le plus léger bruit l'éveille et, pendant le jour, il est irritable, la voix est épaisse et des troubles nerveux se manifestent.

Quelques-uns de ces phénomènes persistent toute la vie, d'autres peuvent être détruits ou corrigés en nettoyant les conduits de l'air, tandis qu'ils auraient été empêchés par une ablation des excroissances de bonne heure, ce qui aurait amené une respiration libre et naturelle par les narines. Il existe une relation entre cet état et l'arcade palatine en forme de V ; le palais en voûte élevée présente toujours des cas typiques de cette affection ; bien plus, c'est un des premiers résultats mécaniques de l'obstruction de la respiration par le nez : la respiration par la bouche étant inévitable, une pression constante de l'air dans la cavité buccale pousse graduellement la voûte palatine vers le haut, et cela peut amener une difformité marquée du maxillaire et une grande irrégularité des dents.

En enlevant tout d'abord les excroissances, le rétablissement de la respiration nasale écarterait la pression atmosphérique et les dents prendraient plus aisément leur place. L'époque convenable pour enlever ces excroissances varie de l'âge de quelques semaines à celui de 16 ans ; l'opération n'est pas difficile et ne présente aucun danger. Les tumeurs ne reparaissent plus, la respiration redevient régulière, la bouche demeure fermée, les poumons reçoivent la quantité d'air voulue et l'état général prend meilleur aspect.

DISCUSSION

M. Fillebrown. Je ne partage pas l'opinion de l'auteur sur les causes qui produisent une arcade palatine élevée ou basse ; la pression atmosphérique n'a rien à y voir.

M. E. S. Talbot. Pour moi, les difformités du nez, l'arrêt de développement de la membrane muqueuse, des os en toupie, de la face et des maxillaires, ne sont qu'une seule et même chose, c'est-à-dire qu'un enfant de parents névrosés est névrosé ou dégénéré.

Ce qu'on appelle palais élevé n'en est pas un. Sur plus de 6.000 mensurations, j'ai trouvé que les palais parfaits sont des palais élevés ; en d'autres termes, un palais en forme de V ou palais élevé joint à une arcade dentaire en V (en forme de selle) n'est pas un palais élevé, mais semble l'être à cause de la contraction. La contraction est un arrêt de développement qui cesse à 6 ou 7 ans, et c'est pour cela que nous avons des tumeurs adénoïdes et de l'hypertrophie de la muqueuse à cette époque, et la difformité de l'arcade dentaire en est le résultat.

IV

Pulpite chronique idiopathique.

Par M. P. Macarovici, de Jassy.

La pulpite chronique idiopathique est une nouvelle formation ou un néoplasme de dentine se produisant :

1° Par la prolifération d'une ou de plusieurs cellules de tissu denti-

naire, formant une excroissance nodulaire qui exerce de la pression sur les nerfs de la pulpe ;

2° Ou par une sorte de fermeture de la cavité pulpaire par laquelle la pulpe commençant à la périphérie est changée en dentine secondaire. Ce changement commence à la partie adjacente à la couronne qui, en même temps, devient continue avec la dentine et s'étend vers la racine de la pulpe ;

3° Dans la pulpe elle-même, sans être unie aux parois de la cavité et libre au centre ou dans la périphérie de la pulpe.

Berlin en reconnaît deux espèces : l'une adhérente, l'autre libre, résultant d'un processus pathologique. Pour Hyrth, l'ossification de la pulpe ou le dépôt de sels d'acide phosphorique ou d'acide urique est la cause de cette fermeture. Wedl et Arkovy sont d'avis que cette occlusion résulte de concrétions déposées dans les vaisseaux. Ryding a observé la formation de dentine dans des dents saines ; j'ai fait la même observation une fois et la nouvelle formation était grosse comme un grain de chénevis.

J'enlevai à une patiente, traitée depuis de longues années sans succès par les médecins de Jassy pour des maux de tête, la molaire supérieure gauche que je soupçonnais être la cause du mal, et la malade fut délivrée depuis ce jour-là. La dent avait 3 racines étendues en état d'absorption partielle : la racine gingivale avait 7 mm. de long, ainsi que la racine mésiale ; la racine distale 5 mm. seulement. La pulpe était ossifiée dans la chambre de la couronne, sans être en contact avec les parois de celle-ci ; l'espace qui l'entourait contenait un liquide blanc jaunâtre ; sur le côté gingival de la couronne, un peu de liquide également.

DISCUSSION

M. Grevers, d'Amsterdam. Un nom spécial, dont l'auteur n'a pas parlé, a été proposé par M. Iszlaï, de Budapest : celui d'*odonthèle*, pour les formations dures de la dentine. Il n'a pas parlé non plus des travaux de la section odontologique du congrès international de Berlin en 1890 sur cette question. Il n'a rien dit du diagnostic, non plus que des symptômes subjectifs de cette affection.

V

Etude de la chimie en dentisterie.

Par M. E. W. Rockwood, d'Iowa City.

L'étude de la chimie amène l'étudiant à observer attentivement et à tirer des conclusions de ses observations ; il peut par suite mieux en comprendre le résultat et la raison pour laquelle il fait certaines opérations.

L'étudiant en dentisterie doit posséder à fond les principes fondamentaux de la chimie et commencer les manipulations au laboratoire aussi tôt que possible. Il apprend par sa propre expérience les méthodes de préparation et les propriétés de bien des substances, des métaux, les changements que leur fait subir la chaleur sous l'action du chalumeau, la confection des alliages et des amalgames, etc. S'il ne suit pas un cours spécial de physique, il faut de même qu'il étudie l'électricité et les effets produits par le contact des divers métaux.

La question des fermentations ne doit pas lui demeurer étrangère, non plus que celle des changements putréfiants ; l'action des antiseptiques et leur influence sur le développement des organismes qui causent cette putréfaction doivent appeler son attention.

Il doit faire l'analyse de la substance de la dent, de la salive pour pouvoir déterminer si un cas de ptyalisme est causé par l'iodure de potassium ou un composé d'arsenic ou de mercure. Il doit connaître les agents médicinaux et leur action pour juger de l'effet d'une prescription. Le dentiste connaissant la chimie est plus apte à apporter les améliorations nécessaires dans ses produits que le chimiste seul.

On objectera que la durée de nos études est insuffisante pour une préparation aussi complète en chimie ; eh bien, il faudra l'allonger.

VI

Moyen de produire l'anesthésie locale avec la cocaïne.

Par M. J. Caracatsanis.

Les injections de cocaïne étant pleines de danger pour l'extraction des dents sans douleur, l'auteur a cherché et trouvé un moyen de localiser les effets de cet agent. Le seul inconvénient du système est qu'il demande beaucoup de temps, quelquefois jusqu'à 3/4 d'heure pour une anesthésie complète. Voici le procédé :

On badigeonne la gencive dans le voisinage de la dent à extraire, avec un instrument d'acier enveloppé de ouate trempée dans une solution d'acide phénique chauffée à 2 pour 1000. Puis on applique le sel de cocaïne avec un tampon de ouate qui en est imprégné. Dès que la gencive donne des signes d'insensibilité, on commence à la séparer lentement de la dent avec un bistouri, et on introduit dans l'interstice des tampons de ouate imprégnés de cocaïne. Quand l'anesthésie progresse, on élargit l'ouverture à 1 centim. de profondeur, sur les faces linguale et buccale. Recommander au patient de ne pas avaler sa salive, pour éviter d'absorber de la cocaïne, et ne pas oublier les tampons de coton placés entre la gencive et la dent.

Après avoir fait une forte pression sur cette partie avec un instrument d'acier, on l'arrose avec le mélange suivant :

Chloroforme..................	25	grammes.
Ether sulfurique...............	40	—
Menthol......................	3	—
Cocaïne......................	1	—
Essence de menthe............	1	—

Et on extrait quand les parties sont arrosées. L'anesthésie est absolument complète et l'auteur n'a échoué qu'en présence d'une inflammation ou d'une périostite.

DISCUSSION

M. Roberts. J'ai expérimenté, comme quelques dentistes étrangers, une nouvelle préparation, la tropacocaïne, qui est bien supérieure à la cocaïne pour les injections hypodermiques.

M. Seymour. J'ai essayé la cocaïne et l'acide phénique dans la proportion de 2 pour 1 et, en 10 minutes, je pouvais extraire sans douleur.

M. Roberts. Une solution de cocaïne de 2 à 4 0/0, antiseptisée avec du chloral, est absolument sans danger si on l'applique convenablement.

VII

Injections de cocaïne pour la production de l'anesthésie.

Par M. A. Bleichsteiner, de Gratz (Autriche).

L'auteur a fait une communication sous le même titre au congrès de Paris en 1889, mais à cette date il n'avait fait que 3.000 injections à

5 0/0 d'hydrochlorate de cocaïne. Actuellement, en ne remontant qu'à 1887, il est arrivé au chiffre de 16.000 injections, pour lesquelles il a employé 14.000 grammes de liquide à 3 0/0 (14 litres).

Il dissout, dans 10 grammes d'une solution de sublimé (contenant 1 gr. de sublimé pour 5.000 d'eau distillée), 3 décigr. d'hydrochlorate de cocaïne à 3 0/0. Une goutte de cette solution contient 3 millig. d'hydrochlorate.

Il se sert d'une seringue consistant en un cylindre de verre enchâssé dans du caoutchouc durci ; le tuyau a la forme d'un S, la prolongation de l'extrémité de celui-ci formant avec la prolongation de l'axe du cylindre un angle de 20 à 25 degrés. La tige du piston est divisée en 10 parties, de sorte qu'une décharge correspond à 1 décigr. de liquide ou à une goutte. Les aiguilles d'injection ont des longueurs de 10 et 20 millim.; leurs extrémités sont courtes : 2 millim.

Pour préparer la solution de 10 grammes, il prend un flacon à large goulot, d'une capacité de 10 grammes, qu'il remplit de la solution de sublimé; il ajoute 3 décigr. d'hydrochlorate de cocaïne, il agite et la solution est prête à servir en quelques secondes. Il plonge la seringue sans l'aiguille dans la solution, puis il pousse la tige du piston.

Il n'injecte que la gencive voisine de la dent à extraire et *il tient toujours l'aiguille parallèlement à la courbure du maxillaire.* Si la gencive devient de plus en plus pâle et s'il se forme une ampoule transparente, l'injection a réussi. Quatre piqûres horizontales et 4 piqûres verticales d'une goutte chacune suffisent généralement. Il injecte également à la papille labiale des gencives, à 2 ou 8 millim. de celles-ci. Il surveille constamment les piqûres et leurs effets avec le miroir à bouche et surtout la pâleur croissante des gencives.

Il n'a constaté d'intoxications que si, sur des solutions à 20 ou 10 0/0, une demi-seringue ou même une seringue a été injectée, car ce sont des doses trop fortes dans tous les cas; mais c'était au début de son emploi de la cocaïne ; du reste, il prenait souvent alors pour des intoxications des paroxysmes hystériques ou même des attaques d'apoplexie. Depuis qu'il emploie les solutions à 3 0/0, les accidents constatés ont plutôt le caractère d'actions réflexes, encore ne les rencontre-t-il que rarement ; mais il ne voit plus d'intoxications véritables.

DISCUSSION

M. Roberts. 2 0/0 de cocaïne agissent aussi bien que 4 0/0. En injectant la cocaïne ou toute autre substance dans la gencive, il faut l'injecter dans une direction éloignant le sang de l'extrémité du capillaire pour qu'elle pénètre plus avant.

M. Pruyn, de Chicago. Je fais des expériences sur les chiens avec des injections hypodermiques de cocaïne. La cocaïne paralyse les centres respiratoires, arrête la respiration et l'animal est en proie à des symptômes tétaniques jusqu'à ce qu'il succombe.

Dans la pratique, une solution à 2 0/0 avec une solution à 1/2 0/0 d'acide salicylique pour la conserver donne d'aussi bons effets qu'une solution à 4, 6 ou 8 0/0.

Dans quelques cas, l'eau chaude seule m'a donné d'excellents résultats.

M. Cheney. L'eau chaude me paraît également très avantageuse.

M. Parker. N'est-ce pas là un effet d'hypnotisme ? A-t-on expérimenté la cocaïne sur les dents présentant un abcès ?

M. Freeman, de Chicago. Je l'ai fait et n'ai eu de bons résultats qu'en dépassant la ligne d'inflammation.

M. Parker. On arrose légèrement la dent et on injecte ensuite complètement avec la cocaïne.

M. Cravens, d'Indianopolis. Je fais une solution saturée d'hydrochlorate dans le chloroforme, je prends un flacon de 50 centièmes, et une demi-once de chloroforme dissout la moitié d'un de ces flacons, ce qui donne plus qu'une solution à 6 0/0. Je m'en sers pour la pyorrhée alvéolaire en introduisant une petite seringue et en injectant une goutte dans la poche, aussi près que je puis. Je fais précéder cela d'un lavage à l'eau chaude et je fais trois applications successives de cocaïne.

M. Hewitt. L'injection hypodermique est dangereuse si elle n'est pas localisée.

Pour la pyorrhée alvéolaire, je porte de la cocaïne avec la pointe d'un instrument dans les poches et je meus l'instrument autour des gencives avec un heureux résultat.

M. Paretas, de Bogota. En entourant la dent d'un bandage trempé dans une solution à 10 0/0 de cocaïne et d'antipyrine pendant 10 ou 15 minutes, j'obtiens un bon résultat.

M. Aguilar, de San José. J'emploie une préparation contenant 3 centig. d'hydrochlorate pur de cocaïne, dont je prends une dose dans une seringue graduée, avec 15 centigr. d'eau ; cela donne une solution à 6 0/0.

Pour éviter le goût désagréable de la cocaïne, je mélange la solution avec une faible quantité de saccharine. Je fais ma solution de cocaïne dans la proportion de 50 centigr. d'eau et 3 de cocaïne pure.

M. Rose. Je trouve la cocaïne très utile pour l'enlèvement des nerfs. Je mélange dans un mortier une petite quantité de cocaïne avec une goutte d'acide phénique et, en touchant le nerf exposé avec un tire-nerf trempé dans cette solution, j'extrais des nerfs sans douleur.

M. Hewitt. Je fais cela avec une pâte de cocaïne et de glycérine.

VIII

Moyen de calmer la sensibilité de la dentine.

Par M. W. C. Davis, de Lincoln (Neb.).

Les canalicules dentinaires sont remplis d'une substance différente du tissu nerveux, un liquide qui est du protoplasme en communication avec les odontoblastes et capable de transmettre la sensation résultant de l'irritation, c'est-à-dire de la douleur. Le seul moyen de rendre la dentine à jamais insensible, c'est d'enlever ce protoplasme et de mettre à sa place une autre substance incapable de transmettre la sensation.

J'ai recours pour cette ablation à de l'alcool chaud que je vaporise avec de l'air chaud également. Je remplis ensuite les canalicules avec une gomme résineuse tenue en suspension dans une huile volatile, l'huile de cassia de préférence, diluée légèrement dans l'alcool.

Le succès dépend de la perfection de l'enlèvement du protoplasme.

Pour les dents d'une certaine structure, l'extraction est facile à une certaine profondeur, pour d'autres elle est presque impossible ; cela tient, je crois, aux relations de chaque canalicule avec son voisin et à la dimension des canalicules. Quand ils sont petits et largement anastomosés, il est impossible d'arriver à une grande profondeur. Il en est de même quand ils sont remplis de produits de fermentation et de micro-organismes.

Cette méthode se rapproche davantage du succès que les méthodes qui consistent à geler, à surchauffer, à employer des caustiques ou à dévitaliser et surtout que celle de l'anesthésique général, que je ne conseille pas.

IX

Le tour dentaire et ses usages.

Par M. H. Cryer, de Philadelphie.

L'auteur fait l'historique de cet instrument, examine les conditions qu'il doit remplir, les qualités qu'il possède, et décrit le tour Bonwill et le tour White. Il passe ensuite à divers usages pour l'enlèvement des séquestres de la carie et des ostéomes, pour la résection des nerfs, etc.; à ce propos, il estime la section d'un nerf préférable à sa rupture. Il explique enfin le mécanisme et le fonctionnement du tour qu'il a imaginé.

DISCUSSION

M. S. Marshall pense que l'avulsion du nerf est le meilleur des procédés.

M. Cryer soutient que son système de couper le nerf donne d'excellents résultats.

M. Barrett n'est pas de cette dernière opinion.

M. Fillebrown estime que la section du nerf est un procédé physiologique, scientifique et judicieux et qu'elle apporte du soulagement.

M. Brophy, après avoir enlevé une bonne partie du tissu couvrant le nerf, tire celui-ci à lui et le divise, puis il fait passer une fraise dans toute la longueur du canal jusqu'au foramen; alors l'exsudat remplit le canal et empêche la formation du nerf à nouveau.

X

Etain en feuilles pour l'obturation des dents.

Par M. H. L. Amber, de Cleveland (Ohio).

L'étain est un métal qui adhère parfaitement et constitue une obturation dense, solide, résistante, exigeant moins de coups de maillet que l'or, pour les cavités des dents temporaires, bien supportée par les enfants jusqu'à 14 ans ou même plus tard. Il n'empêche pas la carie, mais dans les dents fragiles il agit comme un élément anti-acide et arrête le courant électrique qui se produit entre la structure de la dent et la matière obturatrice. L'étain conserve dans la bouche une surface brillante et n'y perd pas ses bonnes qualités.

Les instruments qui conviennent le mieux pour le manipuler sont ceux à bouts et à faces carrés et à dentures moyennes.

L'auteur expose ensuite son manuel opératoire et conclut en disant que l'étain permet de conserver les dents plus longtemps que l'or adhésif et que chaque dentiste peut le manipuler aisément avec un peu d'habitude.

DISCUSSION

M. E. T. Darby estime aussi que l'étain permet de conserver plus de dents que l'or et en recommande l'emploi.

*M*me *Hirschfeld*, de Vienne, est également d'avis que, pour les enfants, il n'y a pas de meilleur obturant que l'étain. Elle s'en sert depuis longtemps; elle fait également des alliages d'or et d'étain.

M. R. R. Freeman, de Nashville (Tenn.), recommande de son côté l'emploi de l'étain avec lequel il a conservé beaucoup de dents.

M. Albert H. Brockway, de Brooklyn, est partisan de l'emploi de l'étain, mais dans certaines limites, suivant les cas.

M. Gordon White, de Nashville, *M. C. S. Stockton*, de Newark (New-Jersey), *M. St Georges Elliott*, de Londres, et *M. James Truman*, de Philadelphie, partagent l'avis des précédents orateurs. Toutefois M. Elliott vante aussi les bons effets de l'étain allié à l'or.

Sur une question du président, *M. Truman* déclare que l'étain n'est pas très adhésif sous l'humidité.

M. A. W. Freeman, de Chicago, finit avec de l'or des obturations d'étain.

XI

Moyen de confectionner des appareils à ressort pour corriger les irrégularités des dents.

Par M. V. H. Jackson, de New-York.

L'appareil est en fil de fer et repose sur une base de même métal à laquelle sont fixés des crochets qui tiennent la dent, ainsi que des ressorts donnant la pression qui doit corriger la position des dents en dehors de l'alignement. La base peut être en laiton ou tout autre métal rigide et recevoir une forme quelconque, ronde de préférence.

L'auteur décrit par le menu la confection de son appareil et la manière de l'ajuster. Une fois celui-ci en place, il laisse s'écouler trois jours sans y toucher, puis il modifie la pression si besoin est.

Généralement un crochet à chaque dent de chaque côté de l'arcade suffit pour fixer et maintenir l'appareil. Chez les sujets jeunes, la 2e molaire temporaire lui sert de point d'attache.

DISCUSSION

M. Goddard, de San Francisco, craint que le fil de fer ne se rouille dans quelques bouches.

M. Jackson répond que cela n'a lieu que dans quelques cas assez rares. Il convient alors de voir le patient souvent et de nettoyer fréquemment l'appareil.

M. J. Rollo Knapp, de la Nouvelle-Orléans, ne pense pas que ces appareils puissent facilement être enlevés et remis par le patient.

M. V. H. Jackson démontre le contraire.

M. J. E. Keener demande à l'auteur s'il déplace les incisives et les fait pivoter en avant ou en arrière.

M. Jackson. Un ressort d'une certaine forme permet le mouvement dans le sens voulu.

A la suite de diverses observations, ce dernier ajoute qu'il essaye actuellement du fil d'acier nickelé.

M. E. M. S. Fernandez, de Chicago, n'approuve pas l'idée de montrer aux enfants à enlever leur appareil. Il indique que le meilleur moyen de nettoyer le fil-piano est de le plonger dans l'alcool et de le brosser ensuite avec du savon et de l'eau.

M. C. S. Case, de Chicago, n'est pas partisan que ses patients retirent leur appareil. Pour éviter la rouille, il emploie du fil d'argent allemand.

XII

Moyen de fondre une surface de porcelaine sur une coiffe.

Par M. C. G. Myers, de Galveston (Texas).

Le grand inconvénient des couronnes à face de porcelaine, c'est la susceptibilité de la face à se fracturer et à manquer de propreté. L'auteur a réussi à fondre une surface de porcelaine sur un revêtement et une coiffe au moment de la soudure. Il se sert de l'émail blanc des joailliers qui ornemente l'or. Cet émail est en morceaux aussi durs que du flint ; il le réduit en poudre impalpable en le meulant dans l'eau dans un mortier d'azote et le lave ensuite complètement. Après avoir ajusté le mince revêtement d'or pur avec autant de soin que possible à la face, enlever

ce revêtement et, avec une brosse à crins fins, mettre une petite quantité d'émail. Mélanger avec de l'eau jusqu'à la consistance de la crème au dos de la face, mais ne pas laisser venir au contact des pointes. Replacer le revêtement et courber légèrement les pointes pour le maintenir en place. Placer alors la face sur l'asbeste et faire couler le revêtement avec la soudure. La chaleur nécessaire pour fondre la soudure fond aussi l'émail, formant une union parfaite entre la porcelaine et l'or.

XIII

Rôle du directeur d'un journal dentaire.

Par M. Franck W. Sage, de Cincinnati (Ohio).

(Nous ne donnerons pas l'analyse de cette communication, qu'il est nécessaire de lire en entier, sous peine de détruire le caractère distinctif d'originalité dont elle est empreinte.)

XIV

Etat de la dentisterie et du dentiste en Roumanie.

Par M. P. Macarovici, de Jassy (Roumanie).

L'auteur expose ses tentatives pour la fondation d'une association de dentistes et d'un organe de la profession, tentatives qui échouèrent. Il examine ensuite la situation créée à la dentisterie par la loi du 1er mai 1888 en vigueur actuellement.

XV

Diverses méthodes préconisées pour éviter l'extraction des pulpes dévitalisées.

Par M. W. D. Miller, de Berlin.

Il serait très avantageux pour les dentistes de trouver un procédé rendant inutile l'extraction de la pulpe et l'obturation des canaux radiculaires des molaires. Les efforts doivent se porter dans la voie tracée par Witzel, avec cette modification qu'ils doivent tendre non pas à conserver la vitalité des chicots, mais bien à empêcher leur décomposition subséquente en les imprégnant d'un antiseptique convenable.

Pour satisfaire à cette condition, un antiseptique doit être actif, suffisamment soluble et suffisamment diffusible, coaguler le tissu de la pulpe, être dépourvu d'action irritante sur le périoste, ne pas décolorer la dent. Les substances solides conviennent mieux à cet égard que les liquides.

On peut diviser les antiseptiques en trois groupes :

1° Ceux possédant à un haut degré le pouvoir de donner leurs qualités aux pulpes : le cyanure de mercure, le bichlorure de mercure, le sulfate de cuivre, le salicylate de mercure, l'huile de cannelle, l'acide phénique, le chlorure de zinc, etc. ;

2° Ceux d'une valeur douteuse : thymol, acide salicylique, hydronaphtol, naphtol A et B, résorcine, nitrate de sodium, etc. ;

3° Ceux presque sans valeur : iodoforme, borax, chlorure de chaux, teinture d'iode, etc.

Le bichlorure de mercure a donné d'excellents résultats dans près de cinq cents cas.

On dévitalise la pulpe complètement, on ouvre et on nettoie totalement la cavité pulpaire et on applique une tablette de sublimé et de thymol qu'on tasse légèrement avec un fouloir, qu'on humecte d'eau et qu'on couvre d'une couche d'étain en feuille, puis on applique immédiatement l'obturation d'amalgame ou de ciment.

DISCUSSION

M. F. Abbott ne songe à dévitaliser que s'il est impossible d'arrêter la douleur.

M. Cunningham estime que le système du Dr Miller a un emploi limité et aboutit à quelques insuccès.

M. Schreier recommande le potassium-sodium, dont l'effet est immédiat.

XVI

Les dents et les cheveux. Leur homologie et leurs liens pathologiques.

Par M. S. H. Guilford, de Philadelphie.

Dans un travail fort long et très étudié, l'auteur examine ce sujet et arrive aux conclusions suivantes, appuyées d'un raisonnement sérieux :

1° Quand un produit du tissu épithélial est anormalement affecté, plusieurs autres produits du même tissu sont également susceptibles de l'être ;

2° Les cheveux et les dents sont les plus communément affectés ; maints exemples le prouvent ;

3° La relation intime entre ces deux produits est due à la concomitance de leur production et de leur développement ;

4° Les manifestations de leurs affections ne sont pas uniformes, mais elles sont variables.

DISCUSSION

M. A. H. Thompson, de Topeka, ne pense pas qu'on puisse formuler la loi de corrélation.

M. X. Sudduth, de Minneapolis, cite un cas de défaut de développement des glandes sudorifiques et des dents temporaires.

M. F. Abbott conteste que les dents soient dues à une production épithéliale dermeuse.

XVII

Les dents de la mâchoire inférieure au moment de la naissance.

Par M. Frank Abbott, de New-York.

L'auteur a étudié le processus de développement des dents temporaires et permanentes pendant la vie intra-utérine, en excisant aussitôt après leur mort les mâchoires inférieures de 2 enfants nouveau-nés bien développés, en enlevant le tissu mou et en le conservant dans l'alcool. Il les a placées ensuite dans une solution d'acide chromique pour décalcifier les tissus durs et, en même temps, conserver les structures molles.

Il décrit minutieusement le résultat de ses observations.

DISCUSSION

Quelques idées ayant plutôt le caractère de remarques sont échangées entre MM. R. Andrews, Sudduth, Thompson et l'auteur.

XVIII

Relation des causes soi-disant prédisposantes avec les causes efficientes de la carie dentaire.

Par M. L. G. Ingersoll.

L'étiologie de la carie ne doit pas être cherchée seulement dans des causes externes, mais aussi dans la nature de la substance de la dent elle-même.

Le grand problème de la dentisterie ne consiste pas à savoir arrêter la carie quand elle a commencé, il consiste à l'empêcher de commencer, à savoir donner dès la vie embryonnaire une résistance suffisante à la dent pour qu'elle ne soit pas atteinte par les influences extérieures. Il faut une hygiène dentaire sauvegardant les portes d'entrée de la vie et de la nutrition et interdisant l'entrée dans le tissu des dents aux éléments de faiblesse et de carie.

DISCUSSION

M. H. W. Moore, de Santa Barbara (Cal.), estime qu'il y a probablement des défauts dans la structure des dents qui laissent les germes pathogéniques produisant des acides pénétrer dans les dents.

M. J. W. Morrison ne partage pas les idées de l'auteur quant à la propreté, que celui-ci ne juge pas absolument nécessaire.

Pour *M. E. S. Chisholm*, de Tuscaloosa (Al.), les acides jouent un rôle plus important que les bactéries dans la production de la carie.

XIX

Pathologie buccale.

Par M. R. Finley Hunt, de Washington.

L'auteur étudie l'état pathologique connu sous le nom de maladie du caoutchouc (*rubber disease* ou *rubber sore-mouth*), causé par le port de plaques de caoutchouc sur la muqueuse buccale. Il examine les symptômes de cette maladie, que contestent encore beaucoup de dentistes. Quand les lésions ne sont pas par trop graves, la guérison est obtenue et le retour de la maladie empêché par trois moyens : 1° éloignement de la plaque de caoutchouc ; 2° son remplacement par une plaque d'or, de platine ou d'argent ; 3° interposition entre le caoutchouc et la muqueuse d'une feuille mince de métal.

DISCUSSION

M. H. B. Noble, de Washington, est partisan de revêtir toutes les plaques de caoutchouc d'une couche d'or.

M. C. L. Boyd, d'Alabama, pense que le mal vient de la façon dont la plaque de caoutchouc est adaptée et maintenue. Le caoutchouc noir ne cause aucun mal.

Pour *M. N. Nelson*, de Chicago, le caoutchouc n'affecte pas les dents par lui-même, mais ce sont les éléments qu'on y introduit.

M. G. W. Cook connaît un cas désastreux causé par le caoutchouc noir.

M. H. C. Miller, de Portland, partage l'opinion de M. Boyd sur les effets nuisibles des ingrédients mis dans le caoutchouc.

M. G. B. Buff a constaté ce qu'on appelle la maladie du caoutchouc avec des plaques d'or et d'autres espèces.

M. J. P. Wilson recommande de quitter la plaque de caoutchouc chaque soir en se couchant.

M. J. D. Patterson, de Kansas City, fait remarquer que le mercure introduit dans le caoutchouc est neutralisé.

XX

Le chlorure d'éthyle comme anesthésique local.

Par M. Hedwig Bensow Stahlberg, d'Helsingfors.

L'auteur applique directement cet agent sur la gencive et dans le voisinage immédiat de la racine ou des racines de la dent à extraire. Il couvre les autres dents de la même mâchoire et le côté de la bouche et

de la langue avec de la ouate préparée pour empêcher la salive d'arriver à la région qu'il veut anesthésier. Le temps exigé pour produire l'anesthésie est variable et la dose du médicament aussi.

En terminant, M. Bensow recommande beaucoup l'usage de cet agent.

XXI

Traitement de la pyorrhée alvéolaire.

Par M. James Caracatsanis, d'Athènes.

L'auteur considère 4 degrés dans la maladie :

1° Suppuration étendue seulement jusqu'au collet, avec périoste intact;

2° Suppuration ayant envahi la partie supérieure du cément;

3° Suppuration embrassant tout le cément et tout le périoste, mais les dents résistent encore;

4° Dents presque branlantes.

Le traitement institué pour les 4 cas est le suivant :

1° Enlèvement du tartre ; scarification complète des gencives avec un instrument d'acier enveloppé de ouate trempée dans une solution de sublimé. On applique ensuite un mélange de teinture d'iode et d'aconit. Lavages journaliers de la bouche avec une lotion antiseptique. Le mal est guéri en 1 mois;

2° Même traitement pendant 2 ou 3 mois avec plusieurs scarifications et badigeonnages;

3° Même traitement avec augmentation de la force de la solution et visites plus fréquentes du sujet.

4° Même traitement, mais résultat rarement satisfaisant. (Cette communication donne lieu à une discussion fort longue.)

XXII

La staphylloraphie.

Par M. Brophy.

Les difficultés qu'on rencontre dans la pratique de cet art sont la liaison des sutures, leur tendance à se défaire, l'accès pénible des parties cachées pendant l'opération.

L'auteur divise l'opération en 2 phases : dans la 1re il opère sur la voûte du palais, dans la seconde sur le voile, et il en fait la description.

Il s'élève contre la division du muscle extenseur du palais. Il présente en terminant un spéculum à bouche, destiné aux opérations sur le palais.

DISCUSSION

M. Barrett considère l'opération comme le progrès le plus important fait en chirurgie par un dentiste.

M. Case trouve que c'est peut-être le meilleur moyen de fermer l'ouverture résultant d'une division congénitale du palais.

M. Curtis demande si l'opération réussit après l'éruption des dents.

M. Brophy répond qu'elle doit être faite tant que l'enfant est jeune, parce qu'on peut craindre de détruire l'antagonisme des dents.

M. Cryer doute en effet qu'elle réussisse après leur éruption.

XXIII

Traitement des canaux radiculaires infectés au moyen du potassium et du sodium.

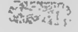
Par M. Emile Schreier, de Vienne.

Les principes sur lesquels s'appuie M. Schreier sont les suivants :

1° Décomposition du contenu en putréfaction ;

2° Développement d'une substance aisément prise par un tire-nerf et suffisamment adhésive pour être introduite dans le canal, dans l'espèce le potassium-sodium.

(Nous bornerons là nos indications, renvoyant le lecteur à ce qui a été dit dans les *démonstrations pratiques* et à un article de l'auteur sur la question. *Odontologie*, octobre 1893.)

DISCUSSION

Plusieurs membres se déclarent satisfaits de ce procédé, qui est indolore.

A vrai dire, il n'y a pas de discussion, mais plutôt une série de questions posées par diverses personnes auxquelles M. Schreier répond chaque fois.

XXIV

Les oxyphosphates.

Par M. W. B. Ames, de Chicago.

Dans cette communication, les ciments à l'oxyphosphate sont examinés au point de vue physique et non au point de vue chimique; ils sont passés en revue successivement et leurs propriétés sont indiquées.

DISCUSSION

M. Mac Kellops s'étonne que l'auteur ne parle pas de l'oxyphosphate comme d'un obturant excellent pour certains cas.

Pour *M. G. Taft*, de Cincinnati, la qualité de la substance, la façon dont elle est manipulée, la position qu'elle occupe, sont importantes.

M. J. Ward Hall, de Shangaï (Chine), estime qu'il faut prendre en considération la température et l'humidité de l'atmosphère.

XXV

Traitement de la carie dentaire dans les 2e, 3e *et* 4e *degrés.*

Par M. J. Caracatsanis, d'Athènes.

Le meilleur moyen d'obtenir la guérison de la dent traitée est de recourir à l'obturation provisoire. Il ne faut jamais employer l'obturation permanente :

1° Pour une carie du 2e degré quand la dentine est trop sensible (une obturation au chloroforme est le meilleur thérapeutique) ;

2° Dans le 3e degré (il vaut mieux conserver la pulpe) ;

3° Dans le 4e degré, où la dent ne peut être désinfectée et obturée en une séance.

XXVI

Possibilité d'éviter les attaches métalliques dans les dentiers partiels en vulcanite.

Par M. Caracatsanis.

On place une seule incisive à la mâchoire supérieure très facilement avec une plaque de petites dimensions au moyen du caoutchouc blanc.

Pour placer deux dents, on profite du vide produit par l'enlèvement d'une dent ou d'un espace naturel entre deux dents pour fixer les extrémités du caoutchouc. L'auteur a pu ainsi placer un dentier de 8 ou 10 dents, la plaque ayant 1 centim. ou 1 cent. 1/2 de large.

DISCUSSION

Pour *MM. Haskell* et *Oliver*, des attaches en or bien ajustées sont inoffensives.

M. Harcourt donne la préférence à l'or de la filière.

M. V. H. Jackson estime un fil de fer en mangeoire préférable à une bande.

M. Haskell ajoute qu'il faut donner beaucoup d'attention à la soudure de l'attache.

XXVII

Séparation du maxillaire supérieur à la symphise.

Par M. C. L. Goddard, de San-Francisco.

L'auteur cite un cas dans lequel il a corrigé cette irrégularité. Il a imaginé des appareils pour étendre l'arcade dentaire, dont il donne la description.

L'orthopédie dentaire est très utile et l'auteur formule un système d'enseignement de cet art.

DISCUSSION

M. H. R. Staley critique le procédé suivi, qui consiste à faire mouvoir la couronne.

M. Harcourt cite un cas de division de l'arcade à la symphise.

M. A. E. Matteson estime que les ligatures de caoutchouc nuisent plus à la vitalité des dents que les autres systèmes de redressement.

M. E. S. Talbot pratique fréquemment l'ouverture de la suture.

Il déplace les dents avec des bandes d'argent allemand.

XXVIII

Législation dentaire.

Par M. H. B. Noble, de Washington.

Un collège de professeurs constitue le jury le plus éclairé pour les commissions d'examen de chaque Etat.

XXIX

Rapport de la commission de nomenclature dentaire.

Par M. G V. Black, de Jacksonville (Ill.).

Le besoin d'un système défini de nomenclature se fait de plus en plus sentir. Il s'agit de fixer un point de départ ou bien les formes et les origines des mots à employer.

Le rapport pose quelques principes généraux et formule quelques règles.

Il devrait y avoir une harmonie de règles pour la nomenclature afin d'éviter la confusion résultant de l'usage de plus d'un terme pour une chose.

(Pas de discussion.)

XXX

Nomenclature relative aux formes de l'arcade dentaire et aux positions particulières des dents.

Par M. Garrett Newkirk, de Chicago.

L'auteur examine cette question et discute le choix des termes à employer, en place de quelques-uns dont on se sert actuellement et qui sont tout à fait impropres.

Ses remarques provoquent un échange d'observations.

XXXI

Chez les anciens Hawaïens.

Par M. G. M. Whitnez, d'Honolulu (îles Sandwich).

L'auteur examine le degré de civilisation des Hawaïens, fait l'histoire de ce peuple et étudie longuement les dents de ses ancêtres en se livrant à une discussion anthropologique.

XXXII

Généalogie de l'incisive centrale.

Par M. A. H. Thompson, de Topeka (Kans.).

L'auteur examine la forme de cette dent chez l'homme et dans diverses espèces d'animaux; elle n'a rien perdu chez le premier dans le cours de l'évolution de l'espèce et pourtant elle est peu au-dessus de celle du singe, tandis que les autres dents sont déchues de leur qualité première.

M. Eben M. Flagg, d'Assomption (Paraguay). — L'incisive centrale de l'homme a-t-elle atteint son point culminant de perfection ?

M. Thompson. — On ne peut pas s'attendre à ce qu'elle se développe encore; c'est plutôt le contraire.

XXXIII

Le tempérament humain par rapport aux dents humaines.

Par M. Eben M. Flagg, d'Assomption (Paraguay).

Chaque nature de caractère, chaque forme de trait, chaque don intellectuel peuvent se deviner plus ou moins en étudiant le tempérament. Cela pourrait amener à examiner les patients d'une manière générale avant d'inspecter leur bouche et à prédire avec plus ou moins d'exactitude la nature de la maladie à laquelle chaque patient est plus ou moins exposé.

DISCUSSION

M. Sudduth estime qu'on devrait enseigner la question du tempérament dans les collèges dentaires.

XXXIV

Conditions pathologiques des cavités crâniennes résultant de lésions dentaires.

Par M. G. P. Wilson.

Le catarrhe nasal est la manifestation extérieure de ces conditions pathologiques dont l'origine est souvent incertaine, mais doit souvent être recherchée dans une lésion dentaire. Les apex des racines des 1re et 2e molaires n'étant séparés du sinus que par de minces couches d'os, il est aisé de comprendre qu'une issue peut se former pour les matières purulentes par le sinus et de là dans le nez.

Le traitement consiste à nettoyer complètement les parties malades avec de l'huile de cassia et de l'huile d'eucalyptus en solution convenable.

DISCUSSION

M. Abbott. Les médecins ne tiennent pas compte des conditions résultant des maladies des dents.

Dans toutes les maladies du sinus, il suffit d'enlever d'abord la cause du mal et de nettoyer ensuite les parties atteintes.

MM. Black et *Chisholm* citent chacun un cas.

M. A. O. Rawls, de Lexington (Ky.), a fréquemment remarqué que l'origine du mal dans le sinus maxillaire venait des sinus frontaux.

XXXV

Nouvel appareil pour entretenir l'anesthésie sans masque, la bouche ouverte.

Par M. Thomas Fillebrown, de Boston.

La nécessité d'anesthésier sans cesse le patient est un grand obstacle aux progrès et aux succès des opérations chirurgicales dans la bouche et dans la gorge.

L'auteur se sert d'un soufflet relié par un tuyau de caoutchouc avec un flacon de 12 onces, muni d'une soupape régularisant l'entrée de l'air. Ce flacon porte un tube de caoutchouc d'un demi-pouce allant vers le patient et il est rempli d'éther au tiers. Le soufflet est gonflé et la soupape ouverte pour permettre à l'air de passer librement dans l'éther et d'être saturé de vapeur d'eau. L'air éthérisé passe alors par le second tube à quelques pouces de la face du patient.

Un court échange d'observations a lieu entre quelques membres et l'auteur sur l'administration de l'anesthésie en général.

XXXVI

Trépanation des dents et extraction des pulpes dentaires calcifiées.

Par M. P. Poinsot, de Paris.

(Voir d'autre part p. 487 cette communication *in-extenso*.)

XXXVII

Histoire et état actuel de la transplantation des tissus dentaires.

Par M. Louis Ottofy, de Chicago.

La transplantation est une opération légitime, qui doit être considérée comme permanente. Elle ne saurait être pratiquée dans tous les cas; il convient de les choisir.

(Cette question donne lieu à une longue discussion à laquelle prennent part un grand nombre de membres.)

XXXVIII

L'or mou et l'action galvanique entre l'or et les métaux de base.

Par M. Geo. Whitefield, d'Evanston (Ill.).

L'or dans la bouche peut constituer, avec les fluides qu'elle renferme, un élément négatif, et le métal base en constituer l'élément positif. Il en résulte un courant, dont l'action varie suivant les conditions.

Cette action a une tendance à accélérer la circulation du sang en produisant de l'hyperémie et de l'hyperesthésie et, dans certains cas, de violents phénomènes nerveux. Il faut donc recourir à des obturations de ciments ou de gutta-percha.

DISCUSSION

M. Woolley n'accepte qu'avec réserve la théorie formulée.

M. Pruyn n'a jamais constaté les mauvais résultats de l'électricité dans la bouche mentionnés par l'auteur.

XXXIX

Quelques principes régissant le développement des formes de la face en orthopédie dentaire.

Par M. C. S. Case.

En corrigeant les irrégularités des dents, on n'apporte pas assez d'attention aux effets sur la physionomie, car on se préoccupe surtout de rendre aux dents une position plus convenable.

L'auteur traite du moyen de produire un mouvement latéral des racines des dents et décrit les appareils qu'il emploie.

(Un certain nombre de questions sont posées à l'auteur et, à vrai dire, il n'y a pas de discussion).

XL

Nomenclature dentaire.

Par M. W. O. Kulp, de Davenport (Iowa).

L'auteur réclame la suppression des termes latins et grecs et leur remplacement par des mots anglais. Il propose diverses dénominations.

DISCUSSION

M. J. L. Secher, de Copenhague, explique un système de notation des dents et des cavités.

M. A. C. Hewitt se demande, au cas où la proposition de M. Kulp serait adoptée, si le système serait international ou simplement américain.

XLI

Législation dentaire.

Par M. H. B. Noble, de Washington.

Les lois dentaires n'ont pas toujours été étudiées comme il l'aurait fallu. Il est regrettable qu'aucun professeur de collège dentaire ne fasse partie des jurys d'examen.

XLII

Dents anglaises à tube ; leur emploi pour les plaques, les couronnes et le travail à pont.

Par M. J. Girdwoord, d'Edimbourg.

L'auteur examine les avantages de ces dents, énumère les instruments que leur pose nécessite, indique leurs usages et expose la manière de les monter. Il s'occupe successivement des couronnes à tube, des couronnes à tube sur des coiffes métalliques, des dents à tube dans le travail à pont et du travail à pont fixe.

XLIII

La suggestion hypnotique comme calmant et sédati,.

Par M. Thomas Fillebrown, de Boston.

Les suggestions faites à un patient pendant l'état de veille et dans les degrés de sommeil hypnotique léger suffisent à produire l'insensibilité de la dentine.

Les effets sédatifs qu'elles causent sont très salutaires et très efficaces et, dans bien des cas, font disparaître totalement la frayeur qui entrave si notablement le succès d'une opération.

L'auteur s'étend longuement sur son procédé et cite plusieurs cas.

Un certain nombre de questions sont posées à l'auteur qui fournit sur son procédé les explications demandées.

XLIV

Maladies du palais relativement à la dentisterie et leur pathologie.

Par M. Vida A. Latham, de Chicago.

L'auteur groupe ces maladies de la façon suivante : 1° malformations congénitales; 2° inflammations; 3° ulcères; 4° nécroses; 5° tumeurs, et cite un certain nombre de cas.

XLV

Quelques faits montrant la relation de l'interarticulation dentaire avec plus ou moins de douleur sourde dans la bouche et les mâchoires.

Par M. L. Van Orden, de San Francisco.

L'auteur cite quelques cas d'où il conclut que l'extraction d'une ou de plusieurs dents, notamment des 1[res] molaires inférieures, est susceptible d'amener tôt ou tard une incommodité dans les dents restantes et que celle-ci peut être localisée et atténuée par la pierre de corindon montée sur le tour.

XLVI

Expériences avec le bichlorure de mercure.

Par M. Stewart, d'Ann Arbor (Mich.).

En comparant les résultats obtenus avec la solution ordinaire de bichlorure de mercure et ceux de la solution acide, on remarque que la dernière est plus rapide et plus active dans son action que la première, probablement à cause de l'excès d'acide hydrochlorique dans la solution acidulée.

A cause de sa nature très toxique, le bichlorure ne sera jamais employé seul en dentisterie; mais avec une connaissance suffisante de son action et de celle d'autres agents germicides, on peut arriver à une combinaison fort utile.

XLVII

Traitement de l'abcès du sinus maxillaire.

Par M. E. Lecaudey, de Paris.

Ce traitement dure d'ordinaire de 8 à 21 jours et jamais au-delà de 6 semaines.

L'extraction opérée, on lave soigneusement avec de l'eau oxygénée la cavité du sinus, puis on injecte avec un mélange de chlorure de zinc, d'acide phénique et d'eau distillée. Pour maintenir la fistule ouverte, on place un petit tampon de soie garni de cire et, s'il ne ferme pas, on introduit dans la fistule et on y laisse 24 heures un petit crayon de gutta-percha saturé de chlorure de zinc.

XLVIII

La boracine (tétraborate de soude).

Par M. E. Denis, de Paris.

(Cette communication ayant été insérée *in extenso* dans l'*Odontologie*, nous ne croyons pas devoir y revenir.)

XLIX

Méthode conservatrice pour le traitement des fractures des dents antérieures.

Par M. Geo W. Whitefield.

Que convient-il de faire quand des dents antérieures sont brisées chez des enfants, comme cela arrive fréquemment? A titre d'indication, l'auteur fait connaître ce qu'il a fait dans deux cas spéciaux.

(Quelques observations sont échangées à cet égard.)

L

Procédés opératoires (operative technics).

Par M. D. M. Cattell, de Chicago.

On entend par cette désignation une section ajoutée récemment aux études de quelques écoles dentaires, qui a pour but de familiariser les

étudiants avec le maniement des instruments au commencement de leurs études.

L'auteur indique le programme de ce cours au collège dentaire de Chicago.

(Les membres présents adressent des paroles d'approbation pour cette création.)

LI

La prudence et la gutta-percha dans les couronnes et le travail à pont.

Par M. Geo. V. J. Brown, de Duluth (Minn.).

La gutta-percha a une valeur reconnue pour résister à l'action des acides de la bouche et à la carie; son seul inconvénient est de s'user trop rapidement. Il convient donc de l'employer avec prudence dans les cas où elle convient.

DISCUSSION

M. J. A. Dunn. — Avez-vous rencontré des difficultés en plaçant des couronnes?

M. Brown. — Oui.

M. A. E. Matteson. — Un des avantages de la gutta-percha, c'est que, en amenant la couronne et le travail à pont aux dents naturelles, si après des années la dent-support a besoin d'une obturation, la gutta peut aisément s'amollir au moyen d'une pince dont les mors ont été chauffés.

LII

Etude de la force masticante des mâchoires.

Par M. Geo. J. Dennis, de Chicago.

Le but de la communication était à l'origine d'établir les effets supportés par les dents quand elles sont pourvues d'appareils; mais la question est demeurée sans solution. Depuis on a pu obtenir quelques indications, grâce à un appareil spécial, et établir des chiffres.

LIII

La dentisterie en Norwège et l'emploi de la cocaïne comme anesthésique local.

Par Mlle Martine Magnus, de Christiania.

Comme le titre l'indique, l'auteur examine dans ce travail l'état actuel de la profession en Norwège et passe ensuite, sans transition, à l'usage de la cocaïne.

Cette contribution n'est suivie d'aucune discussion.

LIV

Contribution à l'étude du développement de l'émail.

Par M. R. R. Andrews, de Cambridge.

L'auteur complète les indications fournies par lui au Congrès de Berlin de 1890 sur ce sujet.

(Nous ne pouvons le suivre dans cette description très approfondie et nous renvoyons aux *comptes rendus du Congrès* pour la lire dans son entier.)

LV

Quelques-unes des forces qui influent sur la forme des maxillaires et des dents durant le processus de développement.

Par M. W. X. Sudduth, de Minneapolis.

L'auteur examine successivement les divers organes qui servent à produire les différentes parties des dents.

LVI

Changements survenant dans le canal pulpaire et autour de celui-ci.

Par M. D. E. Caush, de Brighton.

Pour comprendre les changements survenant dans les dents, il faut considérer :

1° Ceux qui se produisent dans la couche odontoblastique;

2° La façon dont se produisent les excavations le long du bord des tissus primitifs.

3° La façon dont le nouveau tissu se forme.

L'auteur examine ces divers points pour arriver à l'idée principale de son sujet.

LVII

La luxation, méthode immédiate de traitement des irrégularités des dents.

Par M. Geo. Cunningham, de Cambridge.

M. Cunningham indique une série de manières de traiter les irrégularités par la luxation; cette méthode donne d'excellents résultats et on l'applique surtout en Angleterre.

(Quelques observations sont échangées sur ce procédé.)

C'est sur ce travail que se sont arrêtées les communications théoriques, nombreuses, on a pu le voir, et généralement très étudiées.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du 25 juillet 1893.

Présidence de M. Poinsot.

Sont présents : MM. Barrié, Billet, Bonnard, Denis, Gillard, Martinier, F. Jean, Paulme, Lemerle, Quincerot, Touchard, Tusseau, Sauvez, Viau.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté après rectification de M. Poinsot.

M. F. Jean donne lecture de la correspondance, qui comprend :

1° Une lettre de *M. Loup*, chef de clinique, demandant un congé d'un mois et demi.

Conformément au règlement, M. Loup est prié de s'entendre avec son chef de service.

2° Lettre de la *prefecture de la Seine*, informant le Conseil du vote de la subvention de 500 fr. pour l'année 1893.

3° Lettre de *M. le Dr Dutour,* demandant au Conseil l'autorisation de concourir pour le prix de dissertation. Accordé.

4° Lettre de *M. Levett*, donnant sa démission.

5° Lettre de *M. le Dr Buisseret*, qui adresse une somme de 10 fr. destinée à la souscription pour couvrir les frais du délégué à Chicago.

6° Une demande d'admission comme membre de la Société de *M. Pigneret.*

M. Denis, président de la commission des examens, dépose son rapport au nom de la commission.

Il formule une proposition, appuyée par *M. Gillard*, tendant à faire mettre les élèves en loge pour exécuter leur appareil, comme cela se faisait autrefois. Cette proposition est renvoyée à la commission des examens.

M. Barrié fait part d'une lettre qu'il a reçue du président de la commission technique lui annonçant que les communications déjà présentées ou publiées ne seront pas admises au Congrès de Chicago.

Il demande où en est le projet d'adresse aux congressistes américains au nom de l'Ecole.

Le Bureau est chargé de le rédiger, de concert avec M. Barrié.

M. F. Jean rappelle que le Conseil a décidé de faire représenter l'Ecole au congrès de Rome.

M. Sauvez est nommé délégué.

Le secrétaire général,
Francis Jean.

Le secrétaire des séances,
P. Martinier.

Séance du 1er août 1893.

Présidence de M. Poinsot, *président.*

La séance est ouverte à 10 h. Sont présents : MM. Poinsot, Gillard, Denis, Touchard, Bertrand, Bonnard, Quincerot, Paulme, Billebault, Lemerle et Tusseau.

Le procès-verbal de la dernière séance fait défaut.

M. le président donne lecture de lettres émanant de MM. Ribard, (le Havre), Dupont (Marseille), Dubouloz (le Havre) et de M. Stévenin, D. E. D. P. 1893, ce dernier demandant à faire partie de l'Association générale. Parrains : MM. Lemerle et Gillard.

Le secrétaire des séances étant absent, M. Quincerot est prié de faire l'intérim.

M. Touchard demande que l'on mette une note dans l'*Odontologie* pour annoncer que, malgré la nouvelle loi, les inscriptions seront reçues à l'Ecole comme par le passé.

M. Tusseau émet également le vœu que cette question soit traitée à fond dans le numéro de septembre de l'*Odontologie*.

M. Poinsot dit qu'il serait à souhaiter que l'on obtînt que les élèves en cours d'études au 30 novembre 1893 pussent passer leurs examens avec les patentés. C'est également l'avis du Conseil.

Il informe entre temps que cette séance est en quelque sorte une reprise de la précédente qui a eu lieu chez lui, à l'issue de laquelle il reçut les lettres de démission de MM. Francis Jean, Viau, Martinier, Sauvez et Lemerle, en tant que membres du bureau.

Il explique au Conseil qu'il a fait intervenir M. Lecaudey auprès des démissionnaires et donne lecture d'une lettre du président honoraire.

M. Poinsot ajoute qu'il a écrit des lettres à tous ces messieurs pour les prier instamment de venir ce soir. Il ajoute également avoir vu MM. Viau et Jean, qui lui ont dit être obligés de maintenir leur démission.

M. Poinsot demande ce que l'on décide au sujet des démissions.

M. Lemerle retire la sienne.

Au vote sur les délégués à envoyer auprès des démissionnaires restants, sont désignés MM. Denis, Bertrand, Billebault. Il est en outre décidé que ces messieurs rempliront leur mission auprès de chacun des quatre collègues.

M. Gillard insiste pour que les délégués du Conseil expliquent les raisons qui empêchent le président et le vice-président de se joindre à eux.

Adopté à l'unanimité.

M. Bonnard demande si on a fait la signification du jugement. Il lui est répondu que l'on s'en occupe.

M. Lemerle demande que le comité de l'enseignement s'occupe de reviser le règlement concernant les élèves.

M. Poinsot donne lecture du décret de réglementation et dit qu'il a fait une démarche au nom du Conseil auprès de M. Brouardel pour le prier de demander un décret complétaire en faveur des élèves en cours d'études à l'Ecole dentaire.

M. Quincerot formule deux propositions, savoir :

1° Lorsqu'il sera soumis une question au Conseil, qu'il ne soit pas statué dans cette même séance, mais à la suivante;

2° Que les votes pour toutes les affaires se fassent nominativement, ainsi que cela se pratique dans les assemblées parlementaires.

Le Conseil partage cette manière de voir, adopte les 2 propositions ci-dessus et s'ajourne à octobre.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

Le secrétaire de la séance par intérim,
Ch. L. QUINCEROT.

Séance du 19 septembre 1893.

Présidence de M. POINSOT.

Sont présents : MM. F. Jean, Billet, Bertrand, Gravollet, Sauvez, Bonnard, Tusseau, Barrié, Löwenthal, Viau, Martinier.

Le procès-verbal de la séance du 25 juillet est adopté, celui de la séance du 1er août ne l'est pas et la discussion en est renvoyée à la prochaine séance.

M. le président donne lecture d'une lettre de M. Barrié, délégué de l'Ecole au congrès de Chicago, datée du 21 août, informant le Conseil du succès qu'a remporté le congrès et lui faisant connaître les sympathies que lui ont témoignées les confrères américains. Il communique ensuite les paroles qu'il a prononcées à la séance d'ouverture du Congrès.

Sur la proposition de MM. Poinsot et Sauvez, le Conseil vote à l'unanimité l'ordre du jour suivant :

« Le Conseil de direction adresse ses félicitations sincères à M. Barrié pour le dévouement qu'il a montré envers l'Ecole comme délégué au Congrès de Chicago. »

M. le secrétaire général donne ensuite lecture de la correspondance, qui comprend :

1° Une lettre de *M. E. Prest*, démonstrateur à l'Ecole, posant sa candidature au concours de chef de clinique.

2° Une lettre de *M. Stévenin*, posant sa candidature au poste de démonstrateur.

3° Une lettre de *M. Cherbétian*, posant sa candidature au poste de démonstrateur.

4° Lettre de *M. le Dr Baque fils*, adressant sa thèse à la bibliothèque de l'Ecole.

5° Lettre de *M. le Dr Sauvez*, adressant sa thèse à la bibliothèque de l'Ecole.

6° Lettre de *M. Duvoisin*, demandant un congé de trois mois.

7° Lettre de *M. Lot*, de Bordeaux, informant le Conseil de la mort de *M. Videau*, D. E. D. P.

M. le secrétaire général a transmis à la famille du regretté confrère les condoléances du Conseil.

Admissions.

MM. de Flaugergues, D. E. D. P.,	présenté	par	MM.	Sauvez et Martinier.
Tireau,	»	»	»	»	F. Jean et Poinsot.
Stévenin,	»	»	»	»	Lemerle et Gillard.
Robin,	»	»	»	»	Martinier et Sauvez.
Vichot,	»	»	»	»	» »

Demande d'admission

Mlle Neutkens, présentée par MM. Poinsot et Sauvez.

MM. Sauvez, Bertrand et Denis sont désignés pour faire passer les examens d'entrée.

8° Lettre de *M. Levy*, de Reims, demandant au Conseil de vouloir bien accorder une dispense d'âge à son fils qui a 16 ans 1/2. Accordé.

9° Lettre de *Mlle Fouroux*, institutrice, qui envoie les pièces à l'appui d'une demande de dispense d'examen d'entrée. Accordé.

10° Lettre de *M. Carrère*, demandant une dispense d'âge pour son fils. Accordé.

11° Lettre de *M. Levy*, qui demande à entrer en 1re année sans passer l'examen d'entrée, ayant déjà deux ans de pratique. Accordé.

12° Lettre de *M. Coblentz*, qui demande à entrer en 3e année, ayant 5 années de pratique dans l'art dentaire. Accordé.

13° Lettre de *M. Delage*, demandant un remboursement de scolarité. Refusé.

M. Sauvez, rapporteur de la commission chargée d'élaborer un enseignement pour la préparation au diplôme d'Etat, donne lecture de son rapport qui conclut à l'organisation d'un enseignement pour :

1° Les dentistes patentés au 1er janvier 1892.

2° » » » antérieurement au 1er janvier 1889.

3° » » » D. E. D. P.

Cet enseignement comprendra des cours oraux et écrits pour les dentistes de province, ou pour ceux qui, habitant Paris, ne pourraient pas suivre les cours de l'Ecole.

Après une discussion à laquelle prennent part un grand nombre de membres, le projet d'organisation de M. Sauvez est adopté à l'unanimité et le rapporteur est félicité par le Conseil pour son travail si précis et si étudié.

MM. F. Jean, Poinsot et *Viau* sont nommés délégués du Conseil.

M. Tusseau est nommé surveillant administratif représentant le Conseil pour cet enseignement.

M. le secrétaire général rappelle au Conseil qu'il y a lieu de procéder

à la nomination du jury de concours pour la dissertation. On procède au tirage au sort et MM. Viau et F. Jean sont nommés jurés titulaires, M. Touchard juré suppléant.

MM. les Drs Isch-Wall et Sauvez, jurés titulaires, Drs Pinet et Marié, jurés suppléants.

M. F. Jean fait, au nom du bureau, les propositions suivantes :

1° La séance de réouverture des cours aura lieu le 28 octobre prochain;

2° La réunion de l'Assemblée générale sera remise au 31 octobre prochain;

3° Il sera fait par le bureau une demande de modifications aux statuts à l'Assemblée générale pour reculer la date du 1er mardi d'octobre, incompatible avec l'expiration de la gestion administrative et de scolarité.

Après une discussion à laquelle prennent part *MM. Poinsot, Tusseau, Martinier, Bertrand*, ces propositions sont adoptées.

Il est ensuite décidé que M. le Dr Sébileau, professeur à l'Ecole, sera chargé de la conférence.

M. Poinsot propose la démission totale du Conseil et son renouvellement complet, à cause des responsabilités actuelles par rapport à la réglementation et à cause de l'expiration du bail.

Après discussion, le Conseil renvoie cette proposition à la prochaine séance.

M. Poinsot donne ensuite lecture d'une lettre de *M. Brouardel*, en réponse à la demande qu'il lui avait adressée concernant les élèves en cours d'études.

M. F. Jean communique les épreuves de la nouvelle brochure.

Les modifications suivantes sont faites dans le corps enseignant :

M. Pillette est nommé professeur honoraire.

M. Pigis reprend ses fonctions de professeur suppléant de prothèse pratique.

M. Legret étant dans l'impossibilité de reprendre ses fonctions de chef de clinique, le Conseil regrette la décision de M. Legret et lui exprime toute sa sympathie.

Sur la proposition de *M. Poinsot*, M. Gillard, professeur suppléant de prothèse, est nommé à l'unanimité professeur de prothèse, après cinq années de service.

M. Löwenthal, professeur suppléant adjoint de prothèse pratique, ayant fait seul le cours pendant deux ans, est nommé professeur suppléant de prothèse pratique.

L'ensemble de la brochure est ensuite adopté.

Le bureau est chargé de fixer la date de la prochaine séance du Conseil.

La séance est levée à minuit et demie.

Le secrétaire général,
FRANCIS JEAN.

Le secrétaire des séances,
MARTINIER.

Séance du mardi 10 octobre 1893.

Présidence de M. POINSOT, président.

Sont présents : MM. Barrié, Billet, Billebault, Bertrand, Denis, Gillard, Gravollet, Lemerle, F. Jean, Löwenthal, Martinier, Paulme, Sauvez, Tusseau et Viau.

M. Martinier, secrétaire, donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté sans observation. Celui de la séance du 1er août, dont la discussion avait été ajournée, est également adopté après modifications.

M. le Président donne ensuite lecture de la correspondance qui comprend :

1° Une lettre de *M. Bonnard*, qui proteste contre la proposition de démission générale du Conseil.

2° Une lettre de *M. Quincerot*, protestant également contre la proposition de démission générale.

3° Lettre de *M. d'Argent*, qui pose sa candidature au concours du chef de clinique

4° Lettre de *M. Gouvernant*, qui demande une bourse.

5° Lettre de *M. le Dr Pinet*, ayant trait à l'enseignement de la Clinique d'anesthésie.

6° Lettre de *M. de Croes*, posant sa candidature comme démonstrateur.

7° Lettre de *M. Cecconi*, faisant part au Conseil de sa naturalisation.

8° Lettre de *M. Sorré* ayant fait 3 années de scolarité à l'Ecole, demandant qu'on l'autorise à se présenter aux examens de fin de 3e année. Accordé.

9° Lettre de *M. Duvigneau*, demandant une dispense d'âge pour son fils. Exceptionnellement et suivant les règlements, la demande de M. Duvigneau est accordée.

10° Lettre de *M. Marut fils*, demandant un dispense d'âge. Accordé.

11° Lettre de *M. Mouton*, demandant un congé de deux ans comme démonstrateur (service militaire). Accordé.

12° Lettres de candidature pour les concours de dentisterie opératoire et de prothèse de *MM. Cossus* et *Tireau*. Le règlement s'y opposant, leur demande est repoussée.

13° Lettre de *M. Dutour* demandant son admission au concours de dentisterie. Accordé.

14° Lettre de *M. le Ministre du commerce* informant le Conseil du don d'une médaille pour le lauréat de l'Ecole.

14° Lettre de *M. le Président* du Comité de souscription pour le jubilé de M. Pasteur, remerciant M. Poinsot, directeur, de sa souscription et lui envoyant une médaille commémorative.

M. Denis annonce que, sur sa demande, le ministre de l'instruction publique accorde un prix comme les années précédentes.

Admissions

MM. de Croes,	D. E. D. P.	M. Bouvry,	D. E. D. P.
Cherbétian,	—	Mlle Neutkens,	—

M. Gravollet présente la candidature de M. Hélot.

M. Denis, au nom de la commission des examens, donne lecture de lettres de :

MM. *Berthaux*, de Soissons, faisant don de livres traitant d'art dentaire.
Ferry, maire du IXe arrondissement, donnant un prix.
Mamelzer, donnant un prix.

Il est ensuite décidé que la commission des examens s'entendra avec le bureau au sujet des récompenses à accorder.

La nomination du jury pour les concours de professeurs et chefs de clinique est renvoyée au mois prochain.

M. le Président fait connaître qu'après les protestations de MM. Bonnard et Quincerot, le Conseil ne peut voter la proposition de démission totale; le bureau retire donc pour le moment sa proposition.

M. Sauvez communique les pétitions des démonstrateurs et diplômés actuellement sous les drapeaux, qui demandent une diminution des droits scolaires pour la préparation au diplôme d'Etat.

Sur sa proposition, la date de l'ouverture des cours est retardée de quinze jours.

M. Viau, trésorier, rend compte que, suivant l'art. 10 des statuts, il a versé au fonds de réserve, à la date du 30 septembre, la somme de 1246 fr. 15, représentant le 1/10 de l'excédent des recettes pour l'exercice 1892-93; conformément à l'art. 9, ladite somme a été convertie en rente française 3 0/0.

M. Gillard rappelle sa proposition concernant la préfecture de police.

M. Lemerle demande un crédit de 200 fr. pour achat de chaises. Accordé.

La séance est levée à minuit 1/2.

Séance du 24 octobre.

Présidence de M. Poinsot, Président.

Sont présents : MM. Barrié, Bertrand, Bonnard, Billebault, Denis, Horay, F. Jean, Lemerle, Löwenthal, Martinier, Paulme, Quincerot, Sauvez, Tusseau, Viau.

Le procès-verbal de la séance du 10 octobre est adopté après rectifications de *MM. Bonnard et Viau.*

M. le Président donne lecture de la correspondance qui comprend :

Lettre de *M. Gillard* qui, pour des raisons personnelles, adresse sa démission de membre du Conseil.

Le Conseil, unanime à regretter la démission de M. Gillard, n'accepte pas sa démission.

Lettre de *MM. le Dr Levett* adressant sa démission. Accepté.

— *Ask*, de Monaco, adressant un don de 100 fr. à l'Ecole.

— *Mouton*, remerciant le Conseil du congé qui lui a été accordé.

— *Thomas*, demandant une dispense d'âge. Refusé.

M. Lemerle, président de l'Association, fait connaître qu'au dernier Conseil de l'association générale des dentistes de France, il a été décidé qu'une bourse au nom de l'Association serait décernée à un candidat présenté par ce conseil.

M. Bonnard annonce qu'il a reçu une demande d'admission de M. Vidal.

Après discussion à ce sujet, il est décidé qu'en vertu des règlements cette demande ne peut être admise.

M. Viau fait part du résultat de la souscription pour le voyage du délégué de l'Ecole à Chicago.

Il donne lecture de la liste dont le montant s'élève à 212 fr., et demande sa publication. Adopté.

M. Denis, au nom de la commission des examens, dépose son rapport qui conclut à l'admission des élèves suivants :

Examen d'entrée.

Mlle Vidal.
MM. Lefrou.
Poudenson.
Thomas.
MM. Levy.
Bonnecarrère.
Lecuyot.

Sont admis à se présenter à l'examen théorique de 1re année :

MM. Budaut.
Damourette.
Israelson.
MM. Lusigny.
Raymond.
Troy.

Sont admis à se présenter à l'examen théorique de fin de 2e année :

MM. Daillet.
Duncombe.
Mlle Gelma.
MM. Martial.
Scribot.

Les conclusions de la commission des examens sont adoptées.

Sur la proposition du bureau, il est ensuite décidé qu'une médaille d'argent sera offerte par l'Ecole à M. Bioux, chef de clinique, pour services rendus dans l'enseignement pendant 10 ans.

Il est procédé ensuite au tirage au sort des membres sortants.

Sont désignés : MM. Gillard, Horay, Bertrand, Denis, Viau, Martinier, Sauvez, Paulme, Gravollet et Poinsot.

M. le Président fait part de son initiative au sujet d'un accord désirable pour une séance commune de réouverture des cours des deux Ecoles dentaires, laquelle devrait être présidée par M. le Ministre de l'Instruction publique.

Il rend compte de ses pourparlers avec M. Damain à ce sujet et donne lecture du programme prposé par MM. les membres du conseil d'administration de l'Ecole dentaire de France.

Le programme forme les bases sur lesquelles la séance d'inauguration des cours aurait lieu.

Après discussion, on passe au vote et le programme est adopté.

En conséquence, MM. Poinsot, Sauvez, Viau, Tusseau et Bonnard sont nommées délégués du Conseil pour se mettre en rapport avec les délégués de l'Ecole dentaire de France.

M. Lemerle demande le vote d'un crédit de 50 à 80 fr. pour achat et pose d'un socle destiné au buste du Dr Thomas. Accordé.

M. Poinsot offre à la bibliothèque de l'Ecole un volume de MM. Thoinot et Masselin intitulé *Précis de Microbie.*

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire général,
Francis Jean.

Le secrétaire des séances,
P. Martinier.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Contre le hoquet. — II. Iodoforme désioduré. — III. Moyen de calmer l'odontalgie. — IV. Pâte dentifrice au menthol.

I. — Contre le hoquet *(Singultus)*

M. Stiler emploie avec succès, depuis de longues années, la pilocarpine, en injections sous-cutanées, trois à quatre fois par jour, 10 gouttes d'une solution au 1/100e. Sauf dans le cas d'hystérie grave, où le résultat du traitement peut se réduire à une simple amélioration, ce traitement, poursuivi avec une persévérance suffisante, a procuré la guérison.

(Gaz. des Hôp. de Toulouse.)

II. Iodoforme désiodurÉ

Iodoforme	98.5
Acide phénique.	0.5
Essence de menthe poivrée.	1

(*Union médicale.*)

III, — Moyen de calmer l'odontalgie

Applications d'électricité statique (courant électrique) pendant dix ou quinze minutes dans une séance ; recommencer si c'est nécessaire.

(*Rev. int. d'électrothérapie.*)

IV. — Pate dentifrice au menthol

Fleur de soufre.	25 grammes.
Carbonate de magnésie.	25 —
Menthol.	1 —
Cochenille.	50 centigrammes.
Glycérine	Q. s.

(*Répertoire de pharmacie.*)

MISCELLANEA

I. Méthode nouvelle pour pratiquer l'extraction des fibromes naso-pharyngiens. — II. Abcès du sinus maxillaire. — III. Un cas d'actinomycose humaine. — IV. Deux cas de kystes dermoïdes du plancher de la bouche opérés par la région sus-hyoïdienne.

I. — Méthode nouvelle pour pratiquer l'extraction des fibromes naso-pharyngiens

M. Ollier (de Lyon) l'a pratiquée plus de cent fois avec succès, aussi y insiste-t-il, bien qu'elle ait déjà été indiquée depuis plus de trente ans. Elle consiste à obtenir un jour convenable pour tomber sur le fibrome en pratiquant une incision en fer à cheval dont le sommet atteindrait la racine du nez et les bords longeraient les sillons jugo-nasaux. Par section des os du nez, on rabat ainsi cet organe inférieurement et on sectionne la cloison médiane; si l'on a affaire à des nez étroits et busqués, on peut, pour se donner du jour, pratiquer deux incisions latérales.

Les artères nourricières venant par les ailes du nez ne sont de la sorte pas atteintes. Cette opération a l'avantage de donner un jour large, tandis que le demi-volet de Trélat, qui consiste à pratiquer l'incision médiane verticale sur le nez et à n'en rabattre qu'une aile, donne moins de jour. Il vaut mieux, pour voir clair, ouvrir deux volets qu'un. De même la voie palatine, préconisée par Nélaton, expose à de graves délabrements et devrait n'être qu'un souvenir historique. Reste la résection du maxillaire supérieur, qui donne également beaucoup de jour. Mais il est inutile de démontrer la gravité bien moindre de l'opération

qui consiste à rabattre le nez. On peut ainsi toucher avec le doigt la base d'implantation de la tumeur et même la voir. On parvient ainsi facilement sur l'apophyse basilaire, siège ordinaire du développement de ces tumeurs. On attaque ainsi ces pédicules qu'on peut facilement atteindre d'emblée en introduisant au besoin le doigt dans la bouche, et avec des pinces à dents on parvient souvent à arracher le polype d'un seul coup si on le saisit bien, ce qui est possible, puisqu'on y voit.

On l'enlève ainsi d'emblée et on peut le retirer avec toutes ses végétations qui, comme un chevelu, pénètrent et compriment les diverses cavités. Mais ce procédé opératoire est encore plus utile en cas de néoplasie maligne douloureuse. On arrive ainsi à bien pratiquer l'abrasion du néoplasme. On atteint facilement la voûte crânienne et, dans un cas, M. Ollier a pu mettre à nu la dure-mère. On calme ainsi les souffrances épouvantables du patient et on lui donne une survie tolérable.

M. Ollier présente un malade ainsi opéré.

M. Viennois insiste sur la valeur de ce procédé : l'hémorrhagie peut être ainsi facilement évitée.

(*Progrès médical.*)

II. — Abcès du sinus maxillaire

M. Ferron. — Le soldat B..., du 49e régiment d'infanterie, est entré dans mon service le 30 janvier 1893. Il fut atteint le 1er août 1892 de douleurs dentaires plus particulièrement localisées aux première et troisième molaires du maxillaire supérieur gauche et se propageant vers l'œil gauche.

Une tuméfaction accompagnée de rougeur, de chaleur, de douleur, occupait toute la joue gauche.

L'avulsion des deux dents, pratiquée le 8 août, exaspéra les douleurs.

A l'infirmerie, du 9 août au 7 septembre, B... continua à souffrir ; une collection s'ouvrit presque spontanément à l'angle interne de l'œil gauche.

L'attouchement à l'aide d'un stylet suffit pour livrer passage à une assez grande quantité de pus.

A l'hôpital de Bayonne, du 7 septembre au 10 janvier, on procéda à des pansements antiseptiques ; on appliqua un vésicatoire sur la région temporale.

On explora les voies lacrymales qui furent trouvées libres.

Envoyé en congé de convalescence le 10 janvier, le malade se présenta à M. le professeur Badal, qui voulut bien me l'adresser.

Le 30 janvier, à son entrée à l'hôpital militaire, on remarqua ce qui suit :

A l'angle interne de l'œil gauche, l'orifice d'un trajet fistuleux d'où s'échappe du pus ; une légère saillie du globe oculaire, de la kérato-conjonctivite, du myosis.

Le maxillaire supérieur ne présente aucune déformation.

La pression n'est douloureuse qu'à l'angle interne de l'œil. Les conduits lacrymaux sont libres. On ne rencontre aucune lésion du fond de l'œil, bien que le malade déclare la vision affaiblie de ce côté. Un stylet porté dans le trajet fistuleux pénètre dans les tissus, réveillant un point douloureux au niveau de la première molaire et rencontrant profondément en arrière un point qui paraît dénudé.

Le 4 février, l'éclairage buccal, pratiqué par M. le Dr Thomas, accuse un certain degré de plénitude du sinus gauche.

Le 5, j'ouvre le sinus par la voie buccale au niveau de la dépression correspondant à la troisième molaire. Il ne sort pas de pus. Deux stylets plongés dans le sinus, l'un par l'ouverture préorbitaire, l'autre par celle que j'ai faite, se rencontrent.

Des lavages boriqués chassent par le nez du liquide purulent infect, mais le liquide formé par en haut ne passe pas par la voie alvéolaire qui est drainée à l'aide du clou de Scarpa.

Les injections quotidiennes ont diminué la quantité de pus qui venait irriter l'œil ; elles continuent à sortir par le nez, entraînant du liquide purulent ainsi que de petites masses jaunâtres caséeuses, qui ont été considérées comme caractéristiques de l'abcès du sinus maxillaire.

C'est ce diagnostic que j'ai porté, en faisant toutefois des réserves, surpris de ne point voir le pus se diriger vers l'orifice pratiqué à travers l'alvéole. Je demande donc à la Société de vouloir bien m'éclairer sur le cas présent.

M. Moure admettrait l'hypothèse d'une ethmoïdite nécrosante qui se serait ouverte dans le sinus maxillaire, tandis que, selon M. Badal, le point de départ pourrait être une dacryocystite.

(*Gaz. des hôp. de Toulouse*, d'après la *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*.)

III. — Un cas d'actinomycose humaine

MM. Dubreuilh et Sabrazès présentent à la société d'anatomie de Bordeaux un malade, âgé de 19 ans, qui a vu apparaître, il y a six mois, sur la joue droite, un peu au-dessus du rebord inférieur de la mâchoire, un petit abcès qui très rapidement acquit le volume d'une olive, sans occasionner de douleur ; incisé à deux reprises, il laissa écouler un liquide séro-sanguinolent contenant des grumeaux jaunâtres. La tumeur ne tarda pas à se reproduire.

Elle a, au moment de l'examen, le volume d'une amande ; elle est molle, résistante, intra-dermique, recouverte par une peau amincie, lustrée, de couleur violacée, livide ; en arrière, la muqueuse a conservé sa souplesse et sa mobilité. Le sillon gingivo-génien, la gencive correspondante, le maxillaire ne paraissent pas tuméfiés. Sa première grosse molaire manque. Cette dent semble avoir été le point de départ de l'affection ; depuis quatre ans, elle était cariée et déterminait des crises d'odontalgie ; il y a huit mois, elle n'était plus réduite qu'à des chicots. A cette date, le malade expulsa du centre de cette dent un petit bloc muriforme, mou, jaunâtre ; deux mois après, voyant sur la joue droite, en face de la grosse molaire cariée, se former un abcès, il fait arracher sa dent. La tuméfaction des gencives disparut, mais l'abcès continua à évoluer, non dans un ganglion, mais dans l'épaisseur des téguments de la joue.

De cet abcès, incisé une troisième fois, s'est échappée une matière fongueuse, mollasse, de couleur lie-de-vin, au milieu de laquelle étaient des grains d'un beau jaune soufre, ronds, mous, onctueux, du volume d'une pointe à une tête d'épingle. Leur examen microscopique montre clairement que ces grains sont formés par des amas confluents d'actinomyces mêlés à des globules de pus. Le parasite, d'aspect mûriforme, se reconnaît facilement dans les préparations que les présentateurs font passer sous les yeux de la Société, à ses irradiations périphériques en massue et à la zone centrale, dense et enchevêtrée, des colonies étoilées. Le résultat des cultures faites en ensemençant les grains sera communiqué ultérieurement.

L'actinomycose est surtout justiciable des traitements chirurgicaux; on pourrait ici faire un raclage précédé et suivi de lavages aux solutions fortes de sublimé.

(*Gaz. des hôpitaux de Toulouse.*)

IV. — Deux cas de kystes dermoïdes du plancher de la bouche opérés par la région sus-hyoïdienne

J'ai l'honneur de vous présenter maintenant deux malades que j'ai opérées par la voie sus-hyoïdienne de kystes sébacés du plancher de la bouche.

Ces tumeurs, qui ont, en 1883, fait l'objet d'une monographie de la part de M. *Tillaux*, quoique n'étant pas très rares, ne se rencontrent pourtant pas souvent ; elles proviennent, d'après l'opinion de M. *Broca*, de l'inclusion d'un feuillet cutané du blastoderme soit entre les bourgeons qui forment le maxillaire inférieur, soit entre les arcs branchiaux qui donnent naissancee à l'os hyoïde.

Observ. I. — Chez la première de ces malades, que j'ai présentée l'année passée à la *Société médico-chirurgicale de Bruxelles*, nous avons affaire à une tumeur dermoïde de la première variété ; le kyste, en effet, était fortement adhérent à la symphyse du maxillaire inférieur.

Observ. II. — Dans le second cas, au contraire, le pédicule du kyste se trouvait sur l'os hyoïde, comme l'atteste encore la longueur de la cicatrice qu'a laissée l'incision que j'ai dû faire pour arriver à cet os.

Ces tumeurs se développent en dessous de la mâchoire aussi bien que du côté de la cavité buccale, s'insinuant entre les muscles de la langue, relevant celle-ci contre la voûte palatine au point de finir par empêcher la malade de fermer la bouche.

Les suites opératoires des deux opérations furent absolument nulles.

(*Revue int. de rhin., laryng. et otologie.*)

NOUVELLES

La séance solennelle de réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris, qui avait dû être ajournée pour des raisons diverses, aura lieu définitivement le mardi 28 novembre, à 9 heures du soir, à l'École.

L'assemblée générale annuelle de l'Association des dentistes de France, fixée primitivement au 31 octobre, se tiendra le mardi 5 décembre, à 8 heures 1/2 du soir, 57, rue Rochechouart.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

PUBLICATIONS PÉRIODIQUES. TRAVAUX ORIGINAUX

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES

Albarran. Formation de l'avéole des dents de remplacement (*An. d. l. S. od. de la Habana*, janv. 1893). — **Ashby**. Influence de la dentition sur la santé générale (*Brit. J. of Dent. Sc.*, fév. 1893). — **Barrett**. Courte étude des molaires des éléphants (*Dent. Pract.*, janv. 1893). — **Block**. La mastication chez l'homme (*Dent. Cosm.*, mars 1893). — **Bramwell**. La consanguinité et les difformités (*It. of int.*, fév. 1893). — **Delacour**. Accidents de l'éruption de la dent de sagesse ; éruption tardive; accidents d'éruption; phlegmon de l'angle des mâchoires ; occlusion de la bouche ; extraction des dents sous le chloroforme ; guérison (*J. d. Sc. méd. de Lil.*, 1892, 2). — **Heuckeroth**. Morsure ouverte chez un patient de 15 ans (*Ash et Sons'Quart. circ.*, déc. 1892). — **Hohr**. L'amœbo buccalis (nouveau parasite de la bouche) (*La Odontol.*, 1892). — **Howard**. Effet de la nourriture sur les dents des animaux (*Dent. Cosm.*, janv. 1893). — **Jaboulay**. Sur un point de l'anatomie des nerfs dentaires postérieurs (plexus et ganglions dentaires postérieurs) (*Lyon méd.*, 1892, 71). — **Jarre**. Sur un cas d'absence congénitale chez un enfant de 12 ans (*Rev. Odont.*, XI, 1892). — **Larrey**. Des accidents de la dentition (*Rev. Odont.*, 1892, XI). — **Leeming**. Physiologie des glandes salivaires. (*Brit. J. of Dent. Sc.*, janv. 1893). — **Mummery**. L'espace de Weil (*J. of Brit. Dent. As.*, déc. 1892). — **Neall**. Prognathisme du maxillaire inférieur (*Dent. Cosm.*, déc. 1892). — **Robertson**. Relation des nerfs avec les odontoblastes et avec la croissance de la dentine (*Dent. Rec.*, fév. 1892). — **Schmidt**. Essais de bactériologie (*Zahn. Ref.*, 18, 1892). — **Spaulding**. Migration d'une cuspide (*Ohio Dent. J.*, mars 1893). — **Taft**. La respiration (*Ohio Dent. J.*, mars 1893). — **Thompson**. Action réflexe (*Dent. Rev.*, janv. 1893). — **Weil**. Fracture d'une incisive supérieure après l'âge de 60 ans (*Viert. f. Jahn*, janv. 1893). — **Whitney**. Rapport entre la nourriture et les dents des races passées et actuelles des Hawaïens (*Dent. Cosm.*, janv. 1893).

DENTISTERIE OPÉRATOIRE. THÉRAPEUTIQUE SPÉCIALE. MATIÈRE MÉDICALE

Archambaud. Contracture des muscles masticateurs; massage; guérison (*Rev. Odont.*, 1892, XI). — **Arnold**. Traitement de la pulpe dentaire quand elle est morte (*Ohio Dent. J.*, janv. 1893). — **Ausfeld**. Mise à mort des nerfs (*Zahn. Ref.*, 19, 1892). — **Barnes**. Calmant pour la dentine sensible (*Ohio Dent. J.*, janv. 1893). — **Blackstone**. Traitement des canaux difficiles dans les molaires (*Dent. Cosm.*, mars 1893). — **Bodecker**. Méthode de Herbst pour le traitement de la pulpe (*Ash et Sons'Quart. Circ.*, déc. 1892). — **Clowes**. Inconvénients des amalgames (*It. of int.*, janv. 1893). — **Coon**. L'amalgame de cuivre en outre de l'alliage type (*Dent. Pract.*, janv. 1893). — **Costner**. Aurifications (*Dent. Rec.*, janv. 1893). — **Custer**. Traitement chirurgical des abcès alvéolaires (*Ohio Dent. J.*, janv. 1893). — **Fürst**. Traitement de l'or pour aurification (*J. f. Zahn.*, 14 déc. 1892). — **Gillett**. Quelques considérations sur l'extraction (*Dent. Rev.*, déc. 1892). — **Gordon**. Traitement des dents décidues (*Dent. Rev.*, déc. 1892). — **Gramm**. L'électricité pour l'obtura-

tion des racines (*Dent. Cosm.*, mars 1893). — **Harlan.** La méthode de Herbst pour le traitement des pulpes (*Dent. Cosm.*, mars 1893). — **Haskell.** Les couches de porcelaine Parker (*Ohio J. of Dent. Sc.*, déc. 1892). — **Holmes.** Avantage du nitrate d'argent en pratique dentaire (*Dent. Cosm.*, déc. 1892). — **Hope.** Quelques usages de l'électricité en pratique dentaire (*Dent. Rec.*, janv. 1893). — **Hughes.** Hémorrhagie alvéolaire (*Brit. J. of Dent. Sc.*, janv. 1893). — **Kirk.** Le peroxyde de soude, nouvel agent de blanchiment et nouvel antiseptique (*Dent. Cosm.*, mars 1893). — **Mac Elhinney.** Amalgame d'argent (*Dom. Dent. J.*, mars 1893). — **Mellersh.** L'or (*Dent. Rev.*, fév. 1893). — **Miller.** Asepsie et antisepsie dans la pratique (*Dent. Cosm.*, janv. 1893). — **Miller.** La question de l'iodoforme ou valeur de celui-ci dans le traitement des maladies des dents (*Dent. Cosm.*, fév. 1893). — **Nicholls.** L'art de l'extraction, avec une courte notice sur quelques-unes de ses particularités (*Brit. J. of Dent. Sc.*, janv. 1893). — **Ottolengui.** Le pyrozone caustique (*Dent. Cosm.*, mars 1893). — **Palmer.** Fixation des obturations (*Dent. Cosm.*, déc. 1892). — **Palmer.** Incompatibilité de matières obturatrices (*The Dent. Trib.*, 11 mars 1893). — **Parsons.** Dentisterie mécanique (*Ohio J. of. Dent. Sc.*, déc. 1892). — **Praktikus.** Faut-il employer l'or pour l'obturation des dents? (*Monat. d. V. deut. Zahn.*, fév. 1893). — **Praktikus.** La teinture d'iode et son emploi (*Mon. d. V. deut. Zahn.*, janv. 1893). — **Praktikus.** Le coiffage de la pulpe exposée (*Monat. d. V. deut. Zahn.*, août 1892). — **Preedy.** Amalgames pour contour (*J. of Br. Dent. Ass.*, déc. 1892). — **Pruyn.** La douleur, sa pathologie et son remède (*Dent. Rev.*, fév. 1893). — **Rehfuss.** Maladies de la bouche (*It. of int.*, mars 1893). — **Richter.** Les ciments au phosphate et les obturations au ciment (*Zahn. Ref.*, 7, 1892). — **Rose.** Emploi du thymol dans la pulpite (*Viert. f. Zahn*, janv. 1893). — **Rymer.** Cas d'enlèvement de l'apex de la racine (*J. of. Brit. Dent. Ass.*, janv. 1893). — **Sedlacek.** Procédé de soudure avec l'amalgame soudé à l'aluminium de Sedlacek (*Zahn. Ref.*, 20, 1892). — **Smreker.** Traitement de la gangrène totale de la pulpe (*Viert. f. Zahn.*, janv. 1893). — **Stoppani.** Observations sur le traitement de la pulpe enflammée par l'arsenic métallique (*Rev. Odont.*, janv. 1893). — **Ta'Bois.** Ambidextérité dans les opérations dentaires (*Dent. Rec.*, juill. 1892). — **Van der Pant.** La pulpe dentaire, sa conservation, traitement radical (*J. of. Brit. Dent. Ass.*, janv. 1893). — **Weber.** Nouvelle méthode pour commencer une aurification latérale autour du bord gingival (*An. d. l. Soc. Od. de la Hab.*, nov. 1892). — **Weil.** Guérison de fistules anciennes et chroniques des dents par la trépanation alvéolaire et traitement ultérieur convenable (*Odontoskop*, janv. 1893). — **X.** La durée de nos plombages (*Zahn. Ref.*, 21, 1892).

ANESTHÉSIE

Carlson. Le chlorure d'éthyle (*Corr. Bl. f. Zahn.*, janv. 1893). — **Clifford.** Les anesthésiques locaux (*Dent. Rev.*, déc. 1892). — **Edgelow.** Les anesthésiques (*Brit. J. of. Dent. Sc.*, fév. 1893). — **Gabryszewski.** La cocaïne comme anesthésique chirurgical (*Un. méd. J.*, janv. 1893). — **Hollander.** Le pental comme anesthésique (*J. f. Zahn.*, 1er mars 1893). — **Hugenschmidt.** La tropacocaïne comme anesthésique local en chirurgie dentaire (*Dent. Cosm.*, mars 1893). — **Sydney.** Des états pathologiques du corps et des altérations de ses organes qui augmentent les dangers de l'anesthésie (*J. of. brit dent. Ass.*, fév. 1893).

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DES AFFECTIONS DE LA CAVITÉ BUCCALE ET DES MAXILLAIRES

Albertis (de). Calculs salivaires (*L'odontologia*, janv. 1893).— **Arnone**. Etude sur la carie dentaire (*L'odontologia*, janv. 1893). — **Beers**. Notes sur un abcès alvéolaire (*Dom. dent. J.*, fév. 1893). — **Bernaldez**. Tumeur du maxillaire inférieur (*Univ. méd. J.*, janvier 1893). — **Franchette**. Nécrose de la table externe du maxillaire inférieur déterminée par la carie de la 2e molaire temporaire gauche (*Rev. odont.*, déc. 1893). — **Galippe**. Des gingivo-stomatites et en particulier de la gingivo-stomatite mercurielle (*J. d. Conn. méd.*, 1892, 12). — **Hill**. Relation des maladies des dents et du nez (*Ohio J. of. Dent. Sc.*, déc. 1892). — **Lee**. Nécrose du maxillaire (*It. of int.*, mars 1893). — **Lemoine**. Liséré gingival consécutif à l'ingestion du borax (*Bull. méd. du Nord*, 1892, 31). — **Maughan**. Douleur éloignée dans les affections dentaires (*Brit. J. of Dent. Sc.*, mars 1893). — **Metnitz**. L'inflammation de la pulpe dentaire (*Viert. f. Zahn.*, janv. 1893). — **Morelli**. Processus inflammatoire de tuberculose primaire des gencives et de la muqueuse des joues (*Odontoskop*, nov. 1892). — **Ottofy**. Hypertrophie de la membrane muqueuse buccale (*Dent. Rev.*, déc. 1892). — **Pantaloni**. Epithélioma du maxillaire supérieur. Résection de celui-ci, d'une partie de l'ethmoïde et de l'os zygomatique dans la position de Rose (*Il Prog. dent.*, fév. 1893). — **Plicque**. Les infections générales d'origine dentaire (*Gaz. des hôp.*, 1892, 65). — **Rehfuss**. Maladies de la bouche (*Items of int.*, janv. 1893). — **Roughton**. Les micro-organismes de la bouche (*Brit. J. of Dent. Sc.*, fév. 1893). — **Schuhmann**. Diagnostic pour distinguer les tumeurs de bonne heure (*Dent. Rev.*, fév. 1893). — **See**. Maladies des gencives et leur traitement (*Ohio J. of D. Sc.*, déc. 1892). — **Torrence**. Inflammation (*Dent. Rev.*, fév. 1893). — **Weber**. Un cas d'auto-infection (*An. d. t. Soc. Od. d. la Hab.*, nov., 1892). — **Weil**. Irruption de pus dans la fosse canine du maxillaire supérieur, diagnostiquée à tort comme un empyème de l'antre d'Hygmore (*Odontoskop*, janv. 1893). — **Woodhead**. Inflammation des os (*Brit. d. of Dent. Sc.*, janv. 1893). — **Zatti**. A propos d'un cas de kyste du maxillaire (*Il Prog. Dent.*, déc. 1892).

PROTHÈSE ET ORTHOPÉDIE DENTAIRES

Angle. Appareils de redressement (*Items. of int.* juillet 92). — **Bandmann**. Nouvelle méthode de fixation des dents à pivot dans le canal de la racine (*Corres. Bl. f. Zahn.* avril 92). — **Bonnalie**. Notes sur un cas de transplantation (*Dent. Rec.* novembre 92). — **Boyett**. Expansion du caoutchouc (*If. of int.* octobre 92). — **Brophy**. Nouvelle opération pour obturer les divisions congénitales du voile du palais (*Items of int.* juin 92). — **Brunton**. Quelques indications pratiques de chirurgie et de prothèse dentaire (*J. of Brit. Dent. ass.* 15 novembre 92). — **Bryan**. Traitement chirurgical des anomalies (*Dent. Rev.* novembre 92). — **Bulin**. Position et forme des porte-ressorts (*Mon. d. V. deut. Zahn.* mai 92). — **Case**. Emploi et influence de la force en orthodontie (*Dent. Rev.* juillet 92). — **Curtis**. Remarquable mode d'opération pour la nécrose à la base du crâne. Nouvelle méthode de résection de la troisième branche du cinquième nerf (*Dent. Cosm.* novembre 92). — **Davids**. Le moment convenable pour le redressement (*Brit. J. of Dent. Sc.* juin 92). — **Eisembrand**. Couronne et travail à pont (*Dent. World.* avril 92). **Fricke**. Quelques points de vue esthétiques en prothèse dentaire (*Zahn.*

Ref. 14, 92). — **Fürst**. Métaux impurs en prothèse dentaire (*J. f. Zahn.* 6 novembre 92). — **Goodell**. Nos laboratoires (*It. of. int.* novembre 92). — **Headridge**. Traitement des anomalies dentaires (*Brit. J. of Dent. Sc.* décembre 92). — **Headridge**. La restauration des dents défectueuses (*Brit. J. of Dent. Sc.* novembre 92). — **Loewenson**. Nouveau procédé à appliquer à la méthode récente de rétention des dents artificielles dans l'alvéole (*J. f. Zahn.* 9 octobre 92). — **Mélotte**. Indications pratiques pour la confection des couronnes et le travail à pont (*Ohio J. of Dent. Sc.* mars 92). — **Molyneaux**. Traitement mécanique des divisions congénitales du palais (*Dent. Rev.* avril 92). — **Osmun**. Plaques de revêtement avec caoutchouc mou (*It. of int.* octobre 92). — **Pearson**. Un moyen de conservation des dents naturelles (*Dom. d. J.* septembre 92). — **Richter**. Redressement des dents d'après la méthode Angle (*J. f. Zahn.* et 8 mai 92). — **Rushton**. Prothèse dentaire (*Brit. J. of Dent. Sc.* mai 92). — **Schmidt**. Quelques mots sur la déception que causent les dentiers artificiels (*Mon. d. V. dent. Zahn.* mai 92). — **Snelgrove**. Comment se procurer une impression de la bouche quand le patient est porté aux nausées et aux vomissements (*Dom. Dent. J.* mai 92). — **Snow**. Contraction des plaques de caoutchouc (*It. of int.* novembre 92). — **Sparks**. Méthode commode pour remplacer une dent cassée dans une partie de gencive (*Dom. Dent. J.* novembre 92). — **Thorington**. Destruction presque totale du voile du palaïs corrigée par un palais mou artificiel produisant non seulement une grande amélioration de la parole, mais un accroissement immédiat de l'audition (*Ann. d. mal. de l'oreille, du larynx*, 1892, 17). — **Weiser**. Réimplantation d'une dent luxée et emploi d'un nouvel appareil de fixation (*Viert. f. Zahn.* octobre 92). — **Westlake**. L'électricité et ses applications en dentisterie (*Dent. cosm.* novembre 92).

Arthur. Méthode pour réparer la morsure avec des couronnes d'or (*Ohio Dent. J.*, janv. 1893). — **Bennett**. Moyens mécaniques pour la rétention des dentiers artificiels (*Br. J. of D. Sc.*, déc. 1892). — **Betts**. Empreintes au plâtre (*Br. J. of Dent. Sc.*, déc. 1892). — **Dorninger**. Crochets à charnière (*Zahn. Ref.*, 12, 1892). — **Fernandez**. Dentiers partiels (*Dent. Rev.*, janv. 1893). — **France**. Prise des empreintes de la bouche (*Brit. J. of dent. Sc.*, fév. 1893). — **French**. Le redressement (*Dent. Cosm.*, fév. 1893). — **Genese**. Un rétenteur simple et efficace pour les obturations de porcelaine (*Ohio Dent. J.*, fév. 1893). — **Harper**. La vulcanite. Son histoire (*Dent. Rec.*, déc. 1892). — **Henrich**. Remplacement artificiel des dents antérieures perdues pendant l'enfance par choc, coup ou chute (*J. f. Zahn.*, 1er fév. 1893). — **Hodgkin**. Les pièces de caoutchouc sont-elles nuisibles? (*It. of int.*, mars 1893). — **Hugenschmidt**. Observation d'implantation alvéolaire de deux dents ayant séjourné hors de la bouche pendant plus de trente ans (*Rev. Odont.*, 1892, 11). — **Jones**. Couronnes et préparation des racines (*Dent. Rev.*, janv. 1893). — **Jupitz**. Les plaques protectrices (*Zahn. Ref.*, 17, 1892). — **Keyser**. Petit pont pour corriger les irrégularités (*Dent. Cosm.*, mars 1893). — **Meade**. Insuccès dans les couronnes (*Dent. Pract.*, janv. 1893). — **Matteson**. Redressement des dents (*Dent. Rev.*, janv. 1893). — **Murray**. Nouvelle forme de travail à pont mobile (*J. of. Brit. Dent. Ass.*, janv. 1893). — **Nux**. Nouveau procédé pour fixer des pivots de bois (*Rev. Odontol.*, déc. 1892). — **Polscher**. Morceaux d'aluminium soudés (*Zahn. Ref.*, 21, 1892). — **Relyea**. Redressement des dents (*Dom. Dent. J.*, mars 1893). — **Robicseck**. Les couronnes artificielles (*Viert. f. Zahn.*, janv. 1893). — **Rose**. Modification dans la confection des obturateurs de caoutchouc (*Viert. f. Zahn.*, janv. 1893). — **Rymer**. Couronnes

et travail à pont (*Corr. Bl. f. Zahn.*, janv. 1893). — **Schmidt**. Le porte-empreinte (*Zahn. Ref.*, 22, 1892). — **Shields**. Système de couronne et de travail à pont (*Dent. Cosm*, mars 1893). — **Simpson**. Couronne temporaire (*Dom. Dent. J.*, janv. 1893). — **Sine**. Une matrice pour l'obturation (*It. of int.*, janv. 1893). — **Steep**. Correction du maxillaire en forme de V. Appareil de redressement automatique et moyen de rétention des dents (*Dent. Rec.*, mars 1893). — **Stainton**. Dents sans couronne (*Dent. Cosm.*, déc. 1892). — **Stater**. Collier s'adaptant aux dents (*It. of int.*, déc. 1892). — **Underwood**. Emploi du pivot pour fixer les obturations (*Dent. Rev.*, déc. 1892). — **Walker**. Arrangement des dents artificielles (*It. of int.*, déc. 1892). — **Whistlar**. Couronnes d'or obturant parfaitement (*Ohio Dent. J.*, janv. 1893). — **White**. Moyen d'ajuster parfaitement les couronnes Logan (*Dent. Cosm.*, janv. 1893). — **Wilson**. Le présent et l'avenir de la prothèse dentaire (*Ohio Dent. J.*, fév. 1893). — **Wünsche**. Moyen d'obtenir les pièces de caoutchouc à contours fins et polis avec le vulcanisateur (*Mon. d. V. deut. Zahn.*, janv. 1883). — **Younger**. Quelques-uns des derniers essais d'implantation et autres opérations (*Dent. Cosm.*, fév. 1893).

HYGIÈNE

Cole. Soins des dents décidues (*Dent. Rev.* août 92). — **Davis**. Le tabac, son usage, ses effets (*Dent. Rev.* août 92). — **Hohr**. Hygiène de la bouche (*La Odontologia*, septembre 92). — **Parkes**. L'hygiène dentaire (*La Odont.* avril 92). — **Rushton**. Les dents des enfants des écoles (*Brit. J. of Dent. Sc.* mai 92). — **Tebbit**. Immunité dans les maladies infectieuses (*Zahn. Woch.* 6 avril 92). — **Wassall**. Hygiène de la bouche (*Dent. Rev.* mai 92).

Eames. La santé comme facteur puissant pour le succès professionnel (*Dent. Cosm.*, fév. 1893). — **Penley**. Les dents des enfants pauvres (*Brit. J. of Dent. Sc.*, fév. 1893). — **Smith**. Stérilisation des mains et des instruments des dentistes (*Ohio Dent. J.*, fév. 1893).

APPAREILS ET INSTRUMENTS

Angle. Priorité dans l'usage de la vis pour redresser les dents (*Dent. Rev.* mai 92). — **Barrett**. Le caoutchouc et la vulcanisation (*Dent. Pract. and Adv.* avril 92). — **Blersch**. La tenue des instruments (*J. f. Zahn.* 12 juin 92). — **Brown**. L'électricité et ses applications (*Dom. D. J.* septembre 92). — **Bulin**. Position et forme des porte-ressorts (*Zahn. Ref.* 6, 92). — **Herbst**. Mesure pratique pour les couronnes et le travail à pont (*Corr. Bl. f. Zahn.* octobre 92). — **Parker**. Fourneau à moufle ou fourneau à gaz à flamme découverte (*Ohio J. of Dent. Sc.* novembre 92). — **Pearsall**. Le laboratoire et ses outils (*Dent. Rec.* mai 92). — **Praktikus**. Le maillet mécanique de Bonwill (*Zahn. Ref.* 7, 92). — **S**. Les chambres de succion avec disques (*J. f. Zahn.* 21 août 92). — **Sigma**. Un nouveau masque pour la narcose (*Zahn. Woch.* 27 août 92). — **Sperling**. Emploi pratique du chalumeau à gaz de l'éclairage et à oxygène (*J. f. Zahn.* mai 92). — **Steele**. Conseils pour l'atelier (*It. of int.* octobre 92). — **Wardlaw**. La digue (*It. of int.* novembre 92). — **Westlake**. L'électricité et son application en dentisterie (*Dent. Cosm.* novembre 92). — **X**. La dentisterie à l'exposition d'hygiène et des services sanitaires militaires organisée par la Croix-Rouge à Leipzig (*Monat. d. Ver. deut. Zahn.* avril 92).

Cravens. Matrices (*Dent. Cosm.*, déc. 1892). — **Humby**. Le vulcanisateur à vapeur (*Dent. Rec.*, janv. 1893). — **Lennox**. Emploi multiple de

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

14e SÉANCE ANNUELLE DE RÉOUVERTURE DES COURS

L'École dentaire de Paris a célébré le 28 novembre 1893, en son hôtel, 57, rue Rochechouart, la 14e séance de réouverture solennelle de ses cours.

L'éclat de cette séance était rehaussé par la présidence de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine. Aussi l'affluence des invités était-elle considérable, et parmi eux beaucoup de notabilités politiques et scientifiques.

En prévision de ce succès assuré, les organisateurs avaient encore augmenté les agrandissements des années précédentes.

L'hôtel était brillamment illuminé, et la grande salle des fêtes présentait un aspect splendide, avec ses nombreuses tentures habilement disposées et les superbes plantes des serres de la ville de Paris, répandues à profusion.

En bonne place, entouré de fleurs et d'arbustes, se dressait le remarquable buste du regretté docteur L. Thomas, fondateur et professeur de l'École, dont M. Lecaudey devait faire remise, au nom du comité de souscription qu'il présidait.

Un grand nombre de dames avaient bien voulu venir assister à cette cérémonie et jetaient par leurs charmantes toilettes une note gaie dans cette réunion professionnelle.

Sur l'estrade, aux côtés du Président, se trouvaient : MM. Hérard, membre de l'Académie de médecine ; Figuéras, membre du conseil supérieur de l'Instruction publique ; Georges Berry, député di- IXe arrondissement ; Evelin, inspecteur d'Académie ; Lecaudey, du recteur honoraire de l'Ecole ; Poinsot, directeur ; Damain, directeur de l'École odontotechnique ; Crignier, président de l'Association Odontotechnique ; P. Dubois, directeur de la *Revue Internationale* ; Ch. Godon, ex-directeur-adjoint de l'École dentaire ; Berthaux, de Soissons, doyen et vice-président de l'Association générale des dentistes de France ; le Dr Damain, professeur à l'Ecole odontotechnique ; le corps enseignant et le conseil de Direction de l'Ecole au grand complet.

Dans l'assistance, nous citerons : MM. les Drs Bérillon, Gaillard et Nattier ; Anjubault, professeur à l'Ecole odontotechnique ; Dr Hugenschmidt ; Dr Gillet de Grandmont ; Amoédo, professeur à l'Ecole odontotechnique ; Dr Dubuisson, de l'asile Ste-Anne ; Fabien Saint-Hilaire ; Hyvert, professeurs à l'Ecole odontotechnique ; Dr Audollent ; Dr Corlieu ; Blocman, ex-professeur à l'Ecole dentaire de Paris ; P. Vasseur, directeur du *Monde dentaire*, etc. Beaucoup de nos confrères de province, parmi lesquels : MM. Audy, de Senlis ; Chouville, de Saint-

Quentin ; Duvoisin, de Chartres ; Duchange, d'Amiens ; Lefèvre, de Flers, etc.

M. le Président ouvre la séance à 8 heures 3/4 et donne la parole à M. le secrétaire général pour la lecture de la correspondance, qui comprend des lettres d'excuses de MM. Peyron, directeur de l'Assistance publique ; A. Humbert, député, président du conseil municipal ; H. Brisson, député, ancien président de la Chambre des députés ; général Saussier, gouverneur militaire de Paris ; Lépine, préfet de police ; Pelletier, directeur des affaires départementales ; Drs Bouchard, A. Pinard, P. Segond et Henri Roger, professeurs à la Faculté ; Dr Taule, directeur de l'asile Ste-Anne ; Dr F. Brémond ; Dr Moty, professeur au Val-de-Grâce ; de Salverte, auditeur au Conseil d'Etat ; Dr Paul Grajon, Dr Saintu, Dr Schloss, Dr Ch. Blaquart, Dr Auvray, Dr Caillette, Dr Bloch, Millet de Marcilly, auteur du buste du Dr Thomas, Dr Morel, Roger, avocat à la Cour d'appel, Dr Frémineau, Dr Gaillard père, L. Vigier, Dr Soshowska, L. Pognon, Rosenwald, Dr Gizon, Richer de Vernon, etc.

M. Poinsot, directeur, prononce ensuite une heureuse allocution, dans laquelle il rappelle les encouragements donnés à l'Ecole par les sommités médicales et les personnages officiels. Il rend hommage tout particulièrement à M. Brouardel, qui, après avoir déjà présidé notre séance de réouverture en 1885, a tenu à nous apporter de nouveau l'assurance de son attachement à notre institution. Il termine en remerciant le doyen de la Faculté, ainsi que M. Liard, de leur intervention en faveur des élèves de l'Ecole.

M. Lecaudey prend alors la parole, au nom du comité de souscription qui offre à l'Ecole le buste du Dr Thomas. Il retrace la vie de ce savant modeste, de ce travailleur acharné, dont les débuts comme instituteur primaire ne présageaient pas une si brillante carrière, et, dans une belle péroraison, il invite les élèves à le prendre comme exemple.

M. Sébileau, agrégé de la Faculté de médecine et professeur à l'Ecole, dans une très remarquable conférence, a su captiver l'attention de ses auditeurs en traitant de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie de la bouche. De nombreux applaudissements ont prouvé au distingué professeur qu'il avait su charmer son public.

Le caractère éminemment scientifique de cette conférence, toute remplie d'aperçus originaux dans lesquels les termes anatomiques jaillissaient à chaque instant, ne permet malheureusement pas d'en faire un compte rendu suffisamment exact. Nous sommes obligés de nous borner à en donner le résumé.

Dans un rapport très complet, M. F. Jean, secrétaire général, refait rapidement l'historique de l'Ecole depuis sa création. Il rappelle que c'est grâce à des efforts continus et à des sacrifices nombreux que l'institution a pu se développer et arriver aux résultats obtenus aujourd'hui. Après le gouvernement, qui nous a reconnus d'utilité publique, le conseil d'enseignement supérieur de l'instruction publique accorde à notre diplôme une valeur légale, puisqu'il concède des avantages à nos diplômés.

D'ailleurs, l'Ecole a coûté depuis ses débuts plus de 500.000 francs, et 30.000 malades y sont soignés gratuitement chaque année.

Après avoir constaté le nombre toujours croissant des élèves et l'état prospère de nos finances, le rapporteur cite les nominations faites cette année dans le corps enseignant, les améliorations introduites dans l'enseignement, la création de démonstrations pratiques sous les auspices de la Société d'odontologie, pour les dentistes de province désireux de connaître *de visu* les derniers perfectionnements apportés à notre art. Il adresse des félicitations à M. Grimbert, professeur à l'Ecole, qui vient d'obtenir le grade de docteur ès-sciences. Il remercie MM. Poinsot, Lemerle et Viau du dévouement qu'ils ont apporté dans leurs fonctions, et M. Barrié qui est allé au Congrès de Chicago représenter l'Ecole. Des applaudissements répétés ont souligné les principaux passages de ce rapport.

M. Brouardel se lève alors et remercie M. le Directeur des éloges qu'il a bien voulu lui adresser. Il est heureux de constater que ce sont les dentistes qui ont créé de toutes pièces l'art dentaire en France, et il les félicite de leur persévérance et des résultats qu'ils ont obtenus. Il rappelle qu'il a déjà présidé à la réouverture des cours de 1885, qu'il s'est toujours intéressé à notre institution, car il n'oublie pas que ce sont les dentistes qui ont le plus contribué au relèvement moral de leur profession. Il fait remarquer qu'il a rendu hommage à notre initiative chaque fois qu'il en a trouvé l'occasion, à la tribune de la Chambre, du Sénat et au Conseil supérieur de l'instruction publique. Il vient encore une fois nous assurer de ses bonnes intentions à notre égard et affirmer qu'il fera tous ses efforts pour que les dentistes ne puissent pas regretter la liberté. En terminant, il souhaite la bienvenue aux dentistes dans la grande famille médicale.

Les paroles de M. le doyen ont été accueillies par de longs applaudissements de toute l'assemblée.

M. le secrétaire général fait ensuite connaître que le Conseil de direction a décidé d'attribuer une médaille d'argent à M. Bioux, chef de clinique, pour le remercier d'avoir rempli pendant dix années consécutives les fonctions qu'il occupe à l'Ecole.

Il donne lecture du palmarès, et les récompenses sont distribuées aux lauréats et les diplômes remis aux élèves. Les premiers remportent une ample moisson de prix offerts par les ministres de l'Instruction publique et du Commerce, M. Lecaudey, directeur honoraire de l'Ecole, le maire du IXe arrondissement, M. Berthaux de Soissons, MM. les fournisseurs, etc.

La présence du grand nombre de nos confrères de l'Ecole odontotechnique, que nous avons eu le plaisir de citer au commencement de cet article et auxquels nous sommes particulièrement reconnaissants de cette marque de courtoisie et de bonne confraternité, témoigne de l'intérêt qu'ils prenaient à notre réunion et des sentiments d'union qui règnent en ce moment dans la profession.

En terminant, nous adressons nos plus vifs remerciements aux nombreux représentants de la presse scientifique et politique qui

assistaient également à la séance et qui en ont rendu compte en termes très bienveillants. N'oublions pas non plus les organisateurs de cette belle fête et félicitons les délégués pour la façon dont ils ont rempli leur mission et qui ont si bien réussi.

Comme chaque année, le Conseil d'administration a offert un punch à ses invités dans la salle du Conseil transformée pour cette circonstance et, jusqu'à une heure assez avancée, on a toasté aux succès et à l'avenir de l'Ecole.

P. MARTINIER

DISCOURS DE M. POINSOT

Directeur de l'Ecole.

Messieurs,

La quatorzième année des cours de l'École dentaire de Paris semble devoir être la plus importante de cette institution ; c'est dans cette année, en effet, que la vitalité de notre œuvre va pouvoir s'affirmer dans toute sa force.

Dès son début, l'Ecole a bénéficié de nombreuses sympathies et a reçu de précieux encouragements. Chaque année, un nouveau et puissant protecteur a surgi ; ce sont tout d'abord les sommités du monde médical : MM. Trélat, Verneuil, Paul Bert, Bourneville. Les ministres se sont aussi associés à notre œuvre : le président du conseil, M. Brisson ; le représentant du ministre du commerce, M. Ollendorff; le représentant du ministre de l'instruction publique, M. Liard ; le représentant du ministre de l'intérieur, M. Monod; l'année dernière, le maire de notre arrondissement, M. Emile Ferry, député.

Enfin, c'est à vous que je m'arrête, Monsieur le président, vous qui, pour la seconde fois, venez aujourd'hui présider à l'ouverture de nos cours.

La première fois, en 1885, vous avez bien voulu venir nous aider de vos savants conseils et nous soutenir de votre autorité morale, ce qui a tant contribué à nous donner conscience de notre force et confiance dans l'utilité de notre œuvre. C'est, Monsieur le président, grâce à votre puissante protection que nous avons pu traverser les moments les plus difficiles. Aujourd'hui nous sommes fiers de pouvoir vous le dire bien haut : notre école a su rester digne de ce grand intérêt et elle attend avec confiance le résumé des observations que vous avez faites jusqu'à ce jour sur les résultats obtenus. Aussi nous sommes heureux de rendre un hommage sincère à l'éminent doyen de la Faculté de médecine qui, en s'intéressant à notre œuvre commune, veut bien se montrer notre avocat dévoué.

En nous honorant aujourd'hui de votre présence, vous mettez fin, Monsieur le doyen, à un malentendu des plus préjudiciables pour notre cause. Un préjugé déplorable sépare le médecin du dentiste, alors que, dans la réalité, loin d'être les ennemis que l'on croit, ce sont des alliés qui s'entr'aident, faisant appel aux lumières l'un de l'autre, chaque praticien gardant sa valeur propre. Si l'on voit le dentiste

faire appel au médecin, ne voit-on pas aussi chaque jour le médecin envoyer son client chez le dentiste, voire même y amener sa famille? Demandez à chacun de nos praticiens membres de nos associations combien ils soignent de médecins et de familles de médecins ; la statistique serait des plus probantes.

Votre présence, Monsieur le président, ainsi que celle des éminents collègues qui vous entourent et nous donnent la marque non équivoque de leur précieuse sympathie, est bien la manifestation la plus éclatante de l'accord, de l'union, de la confraternité du dentiste et du médecin.

Permettez-moi de préciser : oui, le dentiste instruit, observateur, peut rendre de signalés services aux patients qui viennent réclamer des soins précieux. Il existe bon nombre d'états prodromiques, de maladies dont le diagnostic peut être fourni par l'examen de la bouche et des dents. Que d'états diathésiques constatés parce que le dentiste a appelé l'attention du médecin de l'intéressé !

Le dentiste, depuis plusieurs générations, est né et a vécu sous le régime de la liberté absolue ; et si, au lieu de sacrifier des organes susceptibles de guérison, il s'est appliqué à l'étude des procédés de conservation, si même, remontant aux sources des maux qu'il doit combattre, il trouve par ses ressources propres ou avec le concours de docteurs des moyens de prophylaxie pour empêcher le mal de se produire, il avait le droit d'espérer que le régime de liberté ne lui serait pas ravi et que le progrès s'affermirait de plus en plus.

L'alliance du docteur en médecine et du dentiste existe surtout dans nos écoles professionnelles : d'un côté est placé l'enseignement médical proprement dit, de l'autre côté l'enseignement technique dentaire. Je puis vous affirmer que nos professeurs n'ont d'autres soucis que de mener à bien l'œuvre commune et qu'ils ne songent pas à affirmer une supériorité quelconque sur leurs collègues de nos établissements.

Vous le savez, Monsieur le président, les dentistes, dans une réunion plénière, avaient à la majorité formé des veux pour le maintien du *statu quo*, et vous vous souvenez que j'ai eu l'honneur de vous les présenter. Votre réponse, empreinte de la plus grande loyauté, est encore présente à mon souvenir ; vous me dites que ces vœux avaient été formulés trop tard pour qu'ils pussent être pris en considération, mais que vous croyiez à l'utilité d'une réglementation ; ensuite vous me fîtes la promesse que, lorsque vous seriez chargé, comme doyen, d'organiser l'enseignement dentaire, vous n'oublieriez pas les écoles dentaires.

Les dentistes s'inclinèrent devant la loi de 1892 et, vous pouvez le constater, tous attendent avec confiance les décisions qui créeront l'enseignement de notre spécialité ; vous avez eu même la surprise de constater que, parmi les principaux organisateurs de la ligue pour le côté libertaire, plusieurs sont venus, à la Faculté dont vous êtes le doyen, prendre des inscriptions en médecine ; c'est pourquoi nous avons l'espoir que, prenant en main notre cause, vous aiderez à nous faire mieux connaître, à faire mieux apprécier nos services et vous assurerez ainsi le succès de notre œuvre.

Le dentiste, comme le médecin, a les plus importants devoirs à remplir, les responsabilités les plus graves à assumer. Il y a aussi ses triomphes, que les hommes les plus éminents n'ont pas dédaigné de rechercher. Voulez-vous me permettre de vous en citer un des plus inattendus? Vous savez que Pierre-le-Grand de Russie professait pour l'art dentaire un culte spécial et excellait dans cet art, autant que le permettaient les connaissances de cette époque.

Or l'histoire rapporte que l'empereur étant un jour très irrité contre un grand seigneur de Moscou, ce dernier avait tout à redouter des conséquences d'une faute grave qu'il avait commise. Au moment où il se présenta devant son maître courroucé, il eut une inspiration singulière : celle de se tenir la mâchoire avec sa main. A cette vue, le souverain disparaît pour faire place au dentiste, qui, s'avançant vers le coupable, lui demanda quelle était la dent qui le faisait souffrir. Puis, faisant venir ses instruments, il arracha la dent, à la grande satisfaction de l'opéré qui lui dut son pardon et de l'opérateur qui ne se souvint plus de l'offense.

Mais les plus beaux triomphes, nul ne les connaît : c'est un secret pour la conscience.

Nous avons, au début de notre œuvre audacieuse, créé l'Ecole dentaire de Paris, avec le concours de tous les dentistes soucieux de voir progresser leur art méconnu, avec les seules ressources de l'initiative privée, qui nous a fait continuer cette utile institution jusqu'à ce jour, pour le plus grand bien des étudiants dentistes et des malades qui viennent nous demander des soins.

En terminant, je suis heureux de vous prier, Monsieur le président, de vouloir bien agréer l'expression de notre vive reconnaissance pour tout ce que vous avez fait en faveur de nos élèves en cours d'études. Sans votre bienveillante invervention et sans l'appui de notre président de 1890, M. Liard, directeur de l'enseignement au ministère l'instruction publique, ces élèves, surpris par les effets de la loi de 1892, auraient vu leur carrière brisée. Nous nous portons garant pour eux qu'ils sauront dans l'avenir se montrer dignes d'une si haute faveur.

Je ne veux pas que les dentistes ignorent que le Conseil supérieur de l'instruction publique, éclairé par vous et par M. Liard, a permis, par des dispositions transitoires, aux dentistes diplômés des Ecoles dentaires françaises et aux dentistes patentés de postuler le diplôme de chirurgien-dentiste de la faculté de Paris, moyennant des dispositions particulières à chaque groupe d'intéressés.

Je suis particulièrement heureux, Monsieur le président, de vous présenter les dentistes réunis dans cette enceinte, animés d'un même sentiment de reconnaissance, et de vous donner l'assurance qu'ils attendent avec confiance les décisions qui intéressent les Ecoles dentaires, assurés de la bonté de leur cause et confiants dans votre appui sous leur devise : Union et Progrès. (*Applaudissements.*)

ALLOCUTION DE M. E. LECAUDEY

Mesdames, Messieurs,

Nous avons l'honneur de nous grouper ce soir autour de M. le doyen de la Faculté de médecine, qui a bien voulu consentir à occuper, pour cette nouvelle séance d'inauguration de nos cours, le fauteuil présidentiel.

Nous éprouvons en cette réunion une cordialité heureuse, une joie franche de revoir les visages amis accoutumés ; une seule tristesse, mais bien profonde, vient ternir cette joie : l'absence de notre vénéré professeur le Dr Thomas, mort au mois de février.

Nous nous sommes trouvés tous, il y a cinq semaines, au bord de la tombe, où se dresse son buste, dû aux soins pieux de ses amis et de ses élèves. C'est un second exemplaire de ce buste que je suis chargé de remettre, au nom des souscripteurs, à l'Ecole dentaire de Paris.

Mieux qu'à tous, il nous a été donné d'apprécier le docteur Thomas ; plus que tous nous ressentons sa perte. M. le professeur Brouardel et d'autres hommes de science renommés goûtèrent son érudition, son esprit large et critique ; pour nous, nous connaissions de plus son obligeante bonté, nous regrettons ses encouragements, ses conseils, son concours incessant et si précieux.

Ceux qui, sur sa tombe, lui ont adressé un dernier adieu, ont loué dans le docteur Thomas le laborieux, l'éducateur et le philosophe.

Peu d'hommes en effet ont autant aimé le travail, ont su y découvrir un tel charme. Il fut à cette école du besoin et de la peine qui forme la plupart des hommes remarquables, et qui inspira ce merveilleux aphorisme à Balzac : « Comme les fruits, les hommes ne » mûrissent bien que sur la paille. »

Louis Thomas travailla. Il estimait qu'en la mise en œuvre des forces actives dont nous a doués la nature, réside l'invariable et tranquille bonheur. Par le travail seul nous oublions nos misères, par lui nous nous oublions nous-mêmes, participant à une existence supérieure, en même temps que nous acquérons la science et le sens de la vie. De petit instituteur primaire, Louis Thomas devint donc docteur, bibliothécaire de l'Ecole de médecine. Nos élèves n'oublieront pas cet exemple de labeur.

Qu'ils se rappellent aussi l'enseignement de leur maître, la clarté de ses exposés, la netteté de ses déductions, grâce auxquelles il menait leurs esprits des notions les plus simples aux idées générales, aux conceptions d'ensemble. Le docteur savait s'en tenir aux faits, dédaigneux des spéculations et des hypothèses stériles où l'on s'égare, suivant de la sorte la méthode de Descartes et d'Auguste Comte.

D'autre part, ce penseur ne pouvait manquer d'être un libertaire, un désireux d'émancipation. Aussi embrassa-t-il dès la première heure notre cause, à nous dentistes, qui n'étions rien, qui voulions compter, et qui, comme les plébéiens d'autrefois réclamant leur participation à l'Etat, avions à cœur de prendre place dans le corps médical.

Nos efforts ont amené la réalisation de nos vœux. Hélas ! le docteur Thomas, après avoir été à la lutte, n'est plus à notre triomphe. Son image au moins demeurera parmi nous, souriante, semblant nous inspirer, et sera comme le génie familier de notre institution. *(Applaudissements.)*

RÉSUMÉ DE LA CONFÉRENCE

Faite par le Dr Pierre Sébileau,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

I

La bouche est le vestibule du canal alimentaire. A l'entrée et à la sortie de ce vestibule, une porte. A chacune de ces portes, deux sentinelles, l'une qui veille et donne l'alarme ; l'autre qui défend. La sentinelle qui veille, un nerf sensitif : en avant le nerf olfactif, ou nerf de l'odorat ; en arrière le nerf glosso-pharyngien, nerf du goût, nerf nauséeux. La sentinelle qui défend, un muscle, mis en mouvement par un nerf moteur ; en avant le sphincter des lèvres ; en arrière le sphincter de l'isthme du gosier.

Le canal alimentaire est donc bien gardé ; les aliments n'y pénètrent qu'après avoir dit le « mot d'ordre ».

II

Mais la bouche n'est pas aussi bien préservée contre les ennemis qui, petits et cachés, peuvent, par cela même, tromper sa surveillance et forcer la consigne. Ces petits ennemis, ce sont les *micro-organismes* ; ils pénètrent dans la bouche avec les aliments, les doigts, les objets de table, les cure-dents, que sais-je encore ? Là, ils trouvent pour la plupart un excellent milieu de culture : un milieu humide, chaud, où des aliments se décomposent, où des dents cariées suppurent. Aussi, autour de la cavité buccale, pour lutter contre ce danger continuel d'infection, une double barrière protectrice est-elle établie ; il y a d'abord le grand anneau lymphatique du gosier (follicules clos de la langue, du pharynx, de l'amygdale), puis une vaste chaîne ganglionnaire (ganglions parotidiens, carotidiens, sous-maxillaires, sous-mentaux). Là s'accomplit le grand phénomène de la phagocytose, la grande lutte entre le microbe, notre ennemi, et le globule blanc, notre défenseur.

III

A l'état normal, c'est le leucocyte qui triomphe ; mais qu'une cause quelconque (refroidissement, émotion vive, etc., etc.) vienne changer les conditions de la bataille, et le globule blanc est mis en défaite. Alors apparaît la maladie. Le microbe colonise-t-il sur la première ligne de défense, voilà les ulcérations linguales, amygdaliennes, pharyngiennes de l'herpès, de la tuberculose, de la fièvre typhoïde même ; est-ce au contraire sur la seconde ligne, voilà les différentes adénites streptococciennes, staphylococciennes, l'angine de Ludwig,

les bubons de la scarlatine, de la diphtérie, etc. Et si de là il rayonne dans l'économie tout entière, c'est maintenant la pneumonie, la tuberculose, la diphtérie, etc.

IV

D'accord, direz-vous ! Il va donc nous suffire de savoir arracher, obturer, implanter, transplanter, pivoter, puis nous ordonnerons quelques lavages antiseptiques. A bouche propre, plus d'infection. Ce sera bien ; mais ce n'est pas tout. Sachez un peu d'anatomie ; comment comprendrez-vous, sans elle, les kystes dentaires, les odontomes, les adénites sous-maxillaires de la carie, les adénites carotidiennes du cancer de la langue. Sachez un peu de physiologie ; sans elle expliquez-nous donc la stomatite de l'intoxication mercurielle et la syncope de l'anesthésie chloroformique ! Sachez un peu de pathologie générale ; ne vous apprendra-t-elle pas les lois d'évolution différentes du cancer et de la syphilis linguale? Sachez un peu de pathologie chirurgicale ; pouvez-vous ignorer la grenouillette, le sarcôme de la mâchoire, les ulcérations de la langue, quand tout cela touche de si près les dents ?

V

Vous allez crier : « C'est trop. » Oui, ce serait trop si vous étiez livrés à vos propres forces; ce n'est rien, ou c'est peu de chose, parce qu'à côté de vous vos maîtres ont élaboré vos programmes, appris et travaillé pour vous ; on vous mâche la bouchée et sur votre chemin on a coupé les ronces.

A votre tour, faites quelques efforts et rendez-vous dignes de tout l'intérêt qu'on vous porte. Je vois ici M. le doyen de la Faculté de médecine ; sa présence n'est-elle pas la marque de la grande estime où l'on vous tient en haut lieu ? Travaillez aussi pour ne pas démériter de cette école qui a déjà tant fait pour l'enseignement de l'art dentaire. Elle vous élève ; récompensez-la de ses bienfaits par votre labeur.

VI

Au bout de tout cela sera la récompense ; que dis-je ? Ne la tenez-vous pas déjà la récompense ? Vous avez été tout récemment « officialisés » ; vous voilà entrés dans la grande famille médicale. Nous étions autrefois des barbiers ; nous sommes aujourd'hui des chirurgiens ; vous étiez hier des dentistes ; vous êtes aujourd'hui des médecins-dentistes. Il manque un fleuron à votre couronne ; vous l'aurez sans doute l'an prochain, à pareille date ; c'est à cette époque en effet que le congrès pour l'exercice libre de la médecine tient ses séances. Maintenant que vous voilà des « réguliers », vous serez sans doute molestés comme nous tous. Attaqués par les bateleurs, les baladins, les empiriques, les rebouteurs, les renoueurs, les sorciers et les rhabilleurs, dites-moi, aviez-vous jamais, dans vos plus beaux jours d'illusion, rêvé une pareille gloire ?

RAPPORT ANNUEL

Par M. Francis Jean,
Secrétaire général.

Mesdames, Messieurs,

Le grand honneur qui m'est fait de prendre la parole en cette solennité me laisse une crainte, celle de n'être pas à la hauteur de ma tâche.

Tout en remerciant mes collègues de la marque d'estime qu'ils m'ont donnée en me désignant pour leur rapporteur, je compte donc sur l'indulgence à laquelle ont droit tous ceux qui sont animés de bonne volonté.

L'administration est une route indiquée théoriquement par des règlements ; néanmoins il est des passages remplis de difficultés pour des praticiens, peu experts en cette matière, difficultés vite aplanies cependant, grâce au concours de nos zélés collègues. Comme exemple, je citerai l'activité méritoire de notre dévoué directeur, M. Poinsot, qui a bien voulu prendre une large part du travail administratif, bien qu'il ait eu la faculté en maintes circonstances de recourir à la collaboration des membres du bureau. Nous devons lui adresser de bien vifs remerciements de ses efforts et de son ardeur infatigable.

Je remercie également M. Martinier, secrétaire-adjoint, de son précieux concours.

Cette réunion annuelle, la quatorzième depuis la création de l'Ecole, est la première depuis que notre profession occupe une place dans le corps médical.

Je n'ai pas à faire ici l'historique de l'Ecole dentaire ; néanmoins, je ne puis passer sous silence ses débuts, afin de rendre hommage au groupe de confrères qui, lassés d'attendre en vain un centre d'enseignement professionnel, prirent l'initiative de la fondation de notre chère Ecole, dont le succès n'a cessé de grandir.

C'est avec une légitime satisfaction que, en examinant nos efforts, on se rappelle qu'il y a quatorze ans notre corporation s'affranchit de la torpeur qu'on lui reprochait à bon droit en présence de l'activité de l'Amérique et des autres pays.

Notre art fut créé en France par les dentistes eux-mêmes et cette tâche leur incombait comme à tous les hommes soucieux de la réputation de leur corporation et désireux d'en élever par le travail collectif le niveau moral et scientifique.

Des personnages autorisés ont dit que nous avons pris la bonne voie et l'ont prouvé dans les débats auxquels a donné lieu la reconnaissance de nos droits professionnels en vue d'une existence légale.

Qu'il nous soit permis à cette occasion d'exprimer notre vive gratitude à notre éminent président, M. le doyen de la Faculté de médecine, pour l'intérêt constant qu'il n'a cessé de nous témoigner et dont il nous donne une nouvelle preuve ce soir.

La Faculté, éclairée par différents rapports sur notre institution et sur nos travaux, éclairée en outre par les indications que lui ont fournies les délégués du ministère de l'instruction publique lorsqu'ils

nous firent récemment l'honneur de visiter l'Ecole, la Faculté, dis-je, n'a pas craint de déroger à ses principes en créant un diplôme spécial de chirurgien-dentiste. Nous devons l'en féliciter, car elle nous a tenu compte de notre initiative hardie, qui prouve les immenses avantages de l'enseignement spécial, profitables à tous, au public surtout, que nous mettons en garde contre les dangers charlatanesques, en nous fortifiant professionnellement nous-mêmes.

Notre vénéré président honoraire, M. Em. Lecaudey, ne craignit pas en 1881 de s'exprimer ainsi dans la préface d'une brochure :

« Il vient de se passer dans l'art dentaire français un fait nouveau, nous dirions presque une révolution, dont les conséquences seront certainement considérables pour l'avenir de notre profession : nous voulons parler de la fondation à Paris d'une école professionnelle libre de chirurgie et de prothèse dentaires, ainsi que d'une clinique ou hôpital dentaire adjoint à cette Ecole. »

Il faut bien reconnaître que cette sorte de prophétie s'est réalisée en dépit des difficultés que ne manqua pas de nous susciter à nos débuts une coalition intéressée.

Rien ne put arrêter le développement de l'Ecole dentaire ; par ses progrès considérables elle éveilla l'attention de personnages distingués et fit naître des appétits divers. On agit auprès de la Faculté pour que celle-ci, armée de droits régaliens, s'emparât, non pas de notre œuvre, mais du libre exercice de notre art.

Quand le moment d'agir arriva, il fallut compter avec la réalité. Les années s'étaient écoulées et notre réputation s'affirmait par nos résultats et notre vogue, même à l'étranger. Je ne vous citerai qu'un fait caractéristique : en Angleterre, où l'art dentaire est réglementé, nos diplômés sont dispensés des examens spéciaux pour l'exercice de leur profession ; la production de notre diplôme leur suffit. Nos voisins ne peuvent mieux reconnaître la supériorité de notre enseignement.

L'art dentaire est un art complexe dont le côté théorique a servi de motif pour nous entraîner dans le giron de la Faculté, et puisque la dentisterie devient officiellement une subdivision de la médecine, qu'il nous soit permis de répéter que les dentistes seuls ont donné l'impulsion à la spécialisation de leur art, dont le côté pratique constitue, c'est indéniable, la partie indispensable. Espérons que la pratique ne sera jamais négligée par suite de l'exagération de la théorie extra-dentaire. On conservera ainsi en France l'habileté nécessaire à nos praticiens, qui devront pouvoir, comme ils le font actuellement, rivaliser avec les meilleurs dentistes du monde.

C'est certainement pour reconnaître nos travaux, nos efforts et nos résultats que le conseil supérieur de l'Instruction publique a accordé une valeur légale au diplôme que nous délivrons.

Les élèves en cours d'études — la promesse nous en a été faite — jouiront de privilèges comparables à ceux concédés aux diplômés. Les étudiants ne sont-ils pas des aspirants au diplôme, et de futurs diplômés n'ont-ils pas droit à des prérogatives proportionnelles ? Et pour l'institution, le rôle qui lui revient légitimement n'est-il pas

de devenir le centre officiel exclusivement pratique? S'il en est ainsi, un acte de justice aura complété la législation nouvelle.

Le Gouvernement n'exposera pas à péricliter un établissement philanthropique et professionnel comme le nôtre, qui a coûté depuis son existence, en se basant sur la moyenne des années, plus de cinq cent mille francs, sans compter des sacrifices individuels représentés par le temps et la bonne volonté de chacun, qu'on ne saurait évaluer en chiffres. Il ne faut pas oublier, en effet, que les fonctions administratives ne sont pas rémunérées et que l'enseignement des professeurs est presque donné à titre gracieux. Nous ne croyons pas que le Conseil supérieur de l'instruction publique ne tienne pas compte de nos doléances à cet égard et, convaincus qu'il nous gardera l'estime qu'il nous a témoignée jusqu'à présent, nous espérons sur son appui pour nos écoles.

Vos mandataires n'ont rien négligé pour être entendus : ils ont fait appel dernièrement à l'union de tous les diplômés sans distinction d'Ecole.

En somme, vos délégués ont pu s'acquitter honorablement de leur mission: la reconnaissance implicite de nos actes par le décret du 27 juillet 1893 en est la preuve.

Toutefois le but poursuivi n'est pas atteint, car le progrès présente un horizon trop vaste pour qu'on puisse jamais arriver au bout, mais il vous prouve cependant les intéressantes transformations de notre corps professionnel.

Vos représentants futurs auront le devoir de persévérer afin d'obtenir la réalisation de nos justes revendications.

L'Ecole dentaire a ouvert une ère nouvelle qui sera prospère pour la jeune génération ; nous sommes persuadés que l'intervention de l'Etat ne fera qu'augmenter la valeur scientifique de notre famille.

Je vous parlais du succès de l'Ecole : ce succès provient en partie de sa clinique, qui ne cesse de développer son champ d'études, grâce au nombre croissant des malades qui viennent y réclamer des soins. Elle pousse même ses investigations scientifiques dans les asiles du département de la Seine, notamment à l'asile clinique Sainte-Anne, dans le service officiel de M. Poinsot.

Il y a en moyenne ici quatre-vingts entrées par matinée, chiffre relevé sur les bulletins journaliers ; le nombre total atteint actuellement à peu près trente mille pour l'année. Si les malades connaissent de plus en plus le chemin de la clinique, le chiffre des élèves augmente très sensiblement : en 1892 il s'élevait à 98, cette année il a atteint 107, et pour la scolarité 1893-94, quoique les registres doivent encore rester ouverts deux mois, les inscriptions prises nous permettent d'affirmer que ce nombre sera dépassé. A ce propos, un fait bien digne de remarque : l'Ecole a compté cette année, à titre d'élèves, trois docteurs en médecine venus pour lui demander son enseignement et son diplôme. Ce fait n'a pas besoin de commentaires.

Avec cette augmentation des patients et des élèves, le corps enseignant ne se trouve plus assez nombreux. Aussi, votre Conseil de di-

rection a-t-il décidé d'ouvrir des concours, selon l'usage, pour différents postes de professeurs et de chefs de clinique.

Ces concours, auxquels ont pris part des médecins eux-mêmes, témoignent une fois de plus de l'intérêt que ces derniers trouvent à contribuer à l'instruction de nos futurs confrères. Ce sont là autant de preuves du développement constant de notre institution.

L'état prospère de nos finances constitue un argument matériel et jamais notre situation n'a été de ce chef aussi florissante ; malgré le chiffre élevé de nos dépenses, notre fonds de réserve s'accroît sensiblement.

Vous ratifierez certainement les compliments que j'adresse à M. Viau, notre trésorier, pour s'être acquitté si vaillammant de sa lourde tâche ; le dévouement, la parcimonie avec lesquels il a géré notre caisse, lui méritent notre reconnaissance.

Toutefois ces succès ne s'acquièrent pas sans peine, sans persévérance, sans mécomptes de toutes sortes. Lorsque nous voyons diminuer le zèle de nos collègues pour quelque motif que ce soit ou disparaître certains d'entre eux par raisons administratives, on peut espérer le retour de collaborateurs qui ne peuvent que redonner à notre devise l'éclat de l'union un moment terni.

Mais c'est avec une profonde émotion que nous subissons les coups portés par la mort ; nous avons cette année perdu quatre de nos membres : M. Victor Lecaudey, frère de notre ancien directeur; Mme Prussenar, diplômée ; M. Videau, également diplômé, mort en Algérie pendant son service militaire. L'École et l'Association ont été représentées à leurs funérailles pour exprimer nos vifs regrets à leurs familles.

Le décès du docteur Louis Thomas, un de nos membres fondateurs, professeur érudit autant que dévoué, a ému profondément notre groupe, nous pouvons dire notre profession tout entière ; tous ceux qui sont passés par l'Ecole ont connu sa franchise et son esprit de conciliation.

Rien ne peut mieux dépeindre l'esprit libéral et progressiste du Dr Thomas que le trait suivant : lors d'un mouvement administratif important de l'Ecole, il y a deux ans, notre ami, à qui chacun exprimait ses idées d'inquiétudes ou de regrets, répondait : « C'est là une bonne chose ; la fermentation qui règne ici dénote la vie. » Il n'admettait pas que cette fermentation, qui parfois est la perte par désagrégation, pût avoir d'effet nuisible dans un groupe aussi compact que le nôtre, où toutes les idées sont représentées et émises librement. Quand on se laisse aller au courant des habitudes prises, c'est la stagnation du progrès.

Comme preuve du bon souvenir que nous a laissé le Dr Thomas, rien ne sera aussi éloquent que l'empressement de tous à répondre à l'appel du comité de souscription pour le monument à lui élever.

La mort nous a ravi un ami dévoué, un collaborateur infatigable, et le buste érigé ici à sa mémoire restera l'expression de nos regrets suprêmes.

Votre Conseil a eu le devoir de réparer cette brèche cruelle dans

notre corps enseignant. Grâce au docteur Sébileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, dont le précieux concours nous honore, nous estimons que cette place est maintenant dignement occupée. Le Dr Sauvez, un de nos dévoués professeurs, a succédé également au Dr Thomas pour la direction de la bibliothèque.

La nomination de M. Grimbert, notre professeur de chimie, au grade de docteur ès-sciences à la suite d'une savante thèse brillamment soutenue à la Faculté, jette également un nouvel éclat sur notre institution.

Le Conseil de direction a nommé M. Gillard professeur titulaire du cours de prothèse, dont il faisait la suppléance depuis cinq années avec une autorité qui mérite nos éloges.

Préoccupés du souci de soutenir la renonmée de l'Ecole, vos mandataires ne laissent échapper aucune occasion d'affirmer son existence ; au congrès de Chicago, par notre représentant, M. Barrié, qui s'est acquitté avec dévouement de sa mission, les étrangers ont apprécié avec quelle ardeur on travaille chez nous et avec quelle rapidité nous avons su rattraper le temps perdu.

Nous ne doutons pas que l'année prochaine, au congrès de Rome, notre délégué, par les travaux personnels que nos confrères voudront bien lui confier, ne montre à nos voisins que notre groupement, et en particulier notre Société d'odontologie, est une source d'émulation où l'on centralise les éléments de travail et d'observations pratiques et où l'intérêt général gagne autant que l'intérêt professionel.

A ce propos, je dois vous faire part d'une innovation remontant au mois d'avril dernier et due à l'initiative de votre Conseil de direction : je veux parler des séances extraordinaires de la Société d'odontologie, qui a donné les résultats les plus satisfaisants. Nos confrères de province peuvent y venir à des époques spécialement fixées pour la commodité de leurs déplacements, car c'est principalement à leur intention que ces séances ont lieu. Quoique ces membres soient tenus au courant de nos travaux par la lecture des journaux professionnels relatant des communications et des observations de cas intéressants, il est certainement très profitable de compléter ces renseignements par des démonstrations pratiques.

Dans ces séances pleines d'intérêt on assiste à des conférences, et à des exercices pratiques utiles à tous. Quelques-uns de nos confrères des départements participent même à nos travaux dans ces circonstances ; nous devons les en féliciter vivement.

D'un autre côté, nous nous sommes efforcés d'améliorer le service déjà important de la prothèse, cette branche de notre enseignement pratique qui restera toujours la caractéristique de notre profession. Nous avons augmenté la durée des cours tout en assurant une surveillance continuelle. Que M. Löwenthal, professeur suppléant, qui nous a aidés dans cette tâche, reçoive nos remerciements.

Notre musée, placé depuis bon nombre d'années sous la direction de notre excellent collègue M. Lemerle, s'est également complété cette année non seulement par de nouveaux dons, mais par un catalogue qui n'existait pas encore. Nous adressons à cette occasion une

fois de plus à M. Lemerle l'expression de notre reconnaissance. Depuis de longues années il ne cesse de nous donner son concours aussi assidu qu'éclairé dans différentes fonctions simultanément. (*Applaudissements.*)

Parmi nos collaborateurs dévoués je me fais un plaisir de citer avec félicitations M. Bioux, chef de clinique, pour la ponctualité de son service depuis dix années consécutives. La médaille d'argent que le Conseil de direction lui décerne ne saurait être mieux méritée.

La situation nouvelle des dentistes, sauvegardée par l'intervention de l'Ecole, les améliorations apportées dans l'administration de celle-ci, son fonctionnement rigoureusement assuré par les membres du corps enseignant, les influences bienfaisantes des membres du Parlement, les générosités habituelles en faveur de notre société et de nos lauréats témoignent, encore une fois, de la marche ascendante de notre institution.

Aussi envisageons-nous l'avenir avec confiance, persuadés qu'en continuant nos efforts nous pourrons vous apporter d'autres résultats et faire que l'on estime par-dessus tout l'art dentaire français.

C'est là une tâche bien digne de toute notre énergie ; c'est à la remplir que nous devrons mettre tous nos soins, sûrs d'avance que le résultat sera tout au profit de l'humanité et de notre pays. (*Applaudissements.*)

DISCOURS DE M. BROUARDEL

(*Compte-rendu analytique.*)

Je dois liquider une petite dette que j'ai contractée vis-à-vis de votre directeur. Il m'a attribué dans vos succès un rôle beaucoup trop considérable. Certes, je suis très heureux de ces succès, obtenus quand j'avais l'honneur d'être commissaire du gouvernement dans la discussion de la loi qui vous intéressait, d'autant plus heureux que certaines personnes qui avaient à ce moment-là une attitude intransigeante se sont laissé séduire peu à peu et sont devenues nos meilleurs auxiliaires ; mais la reconnaissance que vous me témoignez, je ne l'ai pas méritée. J'ai été simplement un des ouvriers de la onzième heure, dont parle la Bible, qui arrivent quand l'ouvrage est fini. Vous, au contraire, vous êtes ceux de la première heure ; c'est vous qui, lorsqu'il n'y avait rien, avez créé de toutes pièces, avec une persévérance admirable, l'art dentaire en France, où il n'existait pas. Je vous ai suivis dans la voie que vous aviez ouverte : voilà tout mon mérite.

Vous disiez en fondant cette œuvre : « Chaque dentiste semble avoir ses secrets, ses procédés, ses méthodes. Eh bien, nous, nous voulons que nos secrets soient connus de tous ceux qui pratiquent notre art ! » Et vous y avez réussi. Vous vous trouviez d'ailleurs dans une singulière situation ; vous étiez menacés de deux invasions : celle des Anglo-Américains, qu'on considérait comme plus habiles et auxquels on donnait la préférence, de telle sorte que le dentiste français se trouvait privé de la clientèle la plus choisie, qui aurait cru

déroger en ne s'adressant pas à un praticien portant un nom anglo-saxon. L'autre invasion, c'est celle des déclassés, des serruriers, des casseurs de pierres. — Trélat affirmait en avoir vu un exerçant la dentisterie. — C'est alors que vous vous êtes groupés, que vous avez fait des élèves, que vous leur avez facilité la voie. Ce serait une extrême ingratitude que d'oublier ce que vous avez fait, qu'on peut qualifier de *relèvement moral*, pour employer l'expression d'un de vos présidents, délégué du ministre du commerce, du regretté Ollendorff.

Personnellement je reconnais de la façon la plus formelle les efforts que vous avez faits, et comme les sentiments que j'exprime à présent devant vous sont précisément ceux que j'exprimais devant les Chambres comme commissaire du gouvernement, vous pouvez être sûrs de ma sincérité. (*Applaudissements.*)

Quand un de mes maîtres, Trélat, accepta de vous présider, il ne le fit qu'après s'être assuré de ces efforts auxquels il rendit hommage comme ils le méritaient.

Pour l'exercice de votre profession il n'existe que trois solutions : ou bien la réserver aux docteurs et aux officiers de santé. Celle-là est mauvaise, car nous savons tous qu'il ne suffit pas d'être docteur pour être dentiste (*Applaudissements*) et, pour ma part, je plaindrais beaucoup les clients qui tomberaient entre mes mains.

Il y a aussi la liberté absolue ; mais elle est dangereuse à cause des déclassés dont je parlais tout à l'heure.

Enfin, il y a le grade intermédiaire qu'on a créé : celui de dentiste expert. Certainement, au début vous regretterez la liberté, parce qu'il y aura des difficultés ; mais, par la suite, vous changerez d'avis. Et je m'engage à faire tous mes efforts pour vous y aider. (*Applaudissements.*)

Certes, je suis tenu à une grande discrétion comme membre du comité qui va statuer sur votre sort ; néanmoins je puis vous dire que la bonne volonté de tous vous est acquise. Assurément on discute pour s'éclairer et il suffit qu'il y ait onze membres dans une réunion pour que leurs onze cerveaux ne pensent pas exactement de même. Mais ce que je puis vous dire, c'est qu'en tout cas nous ne créons pas des dentistes-experts pour étouffer ceux qui ont aidé leurs confrères à se développer et, pour ma part, je contribuerai de toutes mes forces à empêcher de vous étouffer. Ce sera un des honneurs de ma carrière d'avoir à vous souhaiter le salut d'entrée dans la grande famille médicale. Vous êtes nos associés, nos collaborateurs ; soyez assurés que nous nous rencontrerons toujours avec plaisir, car nos terrains sont assez vastes pour que nous puissions les parcourir sans nous gêner. Au nom du corps médical, je vous souhaite la bienvenue. (*Applaudissements prolongés.*)

PALMARÈS

Année scolaire 1892-1893.

LAURÉATS

M. Stévenin (Paul) ayant obtenu 95 points 3/4 aux examens de fin de 3e année, il lui est décerné :

1° *Une médaille d'argent*, offerte par l'École;

2° *Prix d'honneur*, offert par M. le ministre de l'instruction publique;

3° *Un tour*, offert par la maison White, de Philadelphie;

4° *Prix*, offert par M. Berthaux, de Soissons.

M. Lévêque (Philippe) ayant obtenu 87 points 1/2 aux examens de fin de 3e année, il lui est décerné :

1° *Une médaille de vermeil*, offerte par M. le ministre du Commerce;

2° *Prix*, offert par M. Berthaux, de Soissons.

M. Quillet (Andrès) ayant obtenu 86 points aux examens de fin de 3e année, il lui est décerné :

1° *Une médaille d'argent*, offerte par M. Em. Ferry, maire du IXe arrondissement de Paris;

2° *Prix* offert par M. Mamelzer, de Paris;

Prix de dissertation.

Le Conseil de direction ayant ouvert un concours entre les lauréats décerne à M. le docteur Buisseret (Adolphe) :

1° *Prix*, offert par M. le préfet de la Seine au nom du Conseil général;

2° *Prix*, offert par M. Victor Simon.

Prix de clinique.

M. Charpentier (Charles) et Mlle Eloy (Stella) ayant eu, pendant leurs trois années de scolarité, le plus de points sur leurs carnets de clinique, correspondant au plus grand nombre de présences et de malades soignés au dispensaire, il leur est décerné :

A M. Charpentier :

1° *Un prix*, offert par M. Em. Lecaudey;

2° *Deux volumes.*

A Mlle Eloy :

1° *Un prix*, offert par M. Em. Lecaudey;

2° *Un coryleur* perfectionné.

Examen de fin de 3e année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen général et à qui a été délivré le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris.

Maximum : 108 points. Minimum : 70 points.

Session de juillet.

1	MM.	Stévenin, Paul......	95 3/4
2		Lévêque, Philippe...	87 1/2
3		Quillet, Andrès.....	86
4		Charpentier, Charles.	85 3/4
5		Gros, Paul.........	85 1/2
6		Robin, Lucien......	84 1/2
7		Cherbétian, Nicolas.	84 1/4
8		Vichot, Julien.......	83 1/2
9	Mlle	Eloy, Stella.........	83 1/4
»	MM.	Houdoux, Maurice ..	83 1/4
10		Devoucoux, Charles.	83
»		Schaeffer, Marie-Jul.	83
11		Dejean, Victor......	82 3/4
12		Bouvry, Georges....	82 1/4
13		Schwabsky, Albert..	81
14		Tireau, Charles.....	79 3/4
15		Athénas, Louis......	79 1/2
16		Cossas, Amédée.....	78 1/4
17	MM.	de Flaugergues, Hen.	77 1/2
18		Diétrichs, Ernest....	77 1/4
19		Germain, Wilfrid....	76 1/4
20	Mme	Monet, Adèle.......	74 3/4

MM. le docteur A. Buisseret.
— Ch. Dutour.
— J. Messian.

Session d'octobre.

MM. Thomson, Noël.
Faloy, Eucher.
Katz, Albert.
Buron, Eugène.
Grasset, Henri.
Schleier, Gertz.
Duperré, dit Nickelson.
De Rojas, Fernando.
De Libouton, François.
Sorré, Albert.
Reinheimer, François (fils).

Examen de fin de 2e année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen de fin de deuxième année et admis à suivre les cours de troisième année.

Maximum : 78 points. Minimum : 45 points.

Session de juillet.

1	Mlle	Bovolin, Gabrielle...	69
2		Felgines, Marie.....	68 1/4
3	M.	Rigolet, Désiré	67 1/2
4	Mlle	Duvignau, Eléonore.	61
»	MM.	Germain, Henri.....	61
5		Daclin, Albert......	60 1/2
6		Lebert, Henri.......	58 1/4
7		Lemarchand, Ange..	56 1/2
8		Jaspar, Jean...	51
9		Mordret, Gustave....	50 1/2
10		Viers, Hyacinthe. ..	49 1/4
11		Mury, Charles	49
12		Antoine, Joseph.....	46 1/2
13	MM.	Vidal, Jean-Baptiste.	46
14		Lebled, Pierre......	48 3/4

Session d'octobre.

Mlle Burau, Antonie.
MM. Martial, Richard.
Dubourg, Jean.
Duncombe, John.
Mme Gelma, Léontine.
MM. Quatremain, Georges.
Scribot, André.
Nicolaïdès, Nicolas.
Mlle Vergne, Gabrielle.
M. Feldmann, Julien.

Examen de fin de 1re année.

Etudiants ayant subi avec succès l'examen de fin de première année et admis à suivre les cours de deuxième année.

Maximum : 54 points. Minimum : 28 points.

Session de juillet.

1	MM.	Joly, Louis.........	47
2		Wilbert, Léonce.....	46
3	Mlle	Maurel, Marthe.....	44 1/2
4	MM.	Weber, Charles.....	42 1/4
5		Hugot, Théodore....	41 1/2
6		Quillet, Désiré......	41 1/4
7		Vichot, Lucien......	38 1/2
8		Poicteau, Joseph....	35
9	Mlle	Demathieu, Marcelle.	34 3/4
10	Mme	Goudemant, Jeanne.	30 1/2
11	M.	Tranck, Daniel......	30

Session d'octobre.

MM. Raymond, Georges.
Boëjat, Emile.
Braumann, Hippolyte.
Budant, Charles.
Damourette, René.
Israelsöhn, David.
Lussigny, Pierre.
Maurice, Francis.
Staviski, Emmanuel.
Troy, Eugène.

TRAVAUX ORIGINAUX

PATHOGÉNIE DES GINGIVITES

Par le Dr A. Buisseret.

AVANT-PROPOS

Résoudre les questions qui se rattachent à la pathogénie des gingivites paraît *a priori* chose assez facile ; en effet, si l'on jette un coup d'œil sur l'index bibliographique qui fait suite à ce mémoire, on est étonné du nombre considérable de publications concernant les stomatites ayant vu le jour dans le cours de ce siècle.

Mais, pour peu qu'on les passe sérieusement en revue, on ne tarde pas à changer d'avis ; elles ne nous disent absolument rien de la pathogénie gingivale, tout en étant abondamment fournies de détails précieux concernant cette variété d'inflammation, mais seulement au point de vue de la séméiologie, du traitement et du pronostic.

Le problème, selon nous, reste donc à résoudre presque dans toute son étendue et nous estimons qu'il en sera encore ainsi longtemps, tant il nous paraît vaste et complexe. Il semble du reste, en effet, que les médecins aient compté sur les dentistes pour la mise en lumière des détails délicats d'anatomie pathologique et de biologie qui le régissent, et que les dentistes en attendent de même la divulgation du haut des chaires académiques.

En résumé, des deux côtés on reste dans une expectative stérile et blâmable, et il est grand temps que de part et d'autre on change d'attitude ; ou mieux encore que, marchant la main dans la main, on s'attache ardemment à résoudre cette question [1].

L'opinion de Magitot [2] est à peu près semblable à la nôtre : « L'histoire des gingivites fait ordinairement partie, dit-il, des descriptions

1. Cet appel à l'union a déjà été fait par le prof. Poinsot, notamment lors de la Séance d'inauguration des cours, qui eut lieu sous la présidence de M. Brisson en 1889.
2. *Dict. encycl. des Sc. médic.*, tome VII, page 284 et suiv.

de la stomatite et, comme telle, elle est étudiée dans les traités de pathologie interne. C'est là une circonstance fâcheuse et qui n'a pas peu contribué à laisser dans l'ombre bien des états pathologiques absolument localisés aux gencives. La littérature médicale, à peu près nulle sur la question des gingivites, est en outre très pauvre à l'égard de la stomatite. »

De même Chauvin et Papot, au Congrès dentaire international de 1889[1], n'ont pas hésité à dire que « la question est posée mais non résolue ». Pourquoi, demandent-ils, l'étude des affections des gencives a-t-elle été négligée ou délaissée ?

Quant à Frey, il estime que les maladies infectieuses de la bouche ne se limitent que rarement aux gencives, sauf la gingivite ulcéro-membraneuse, et le Dr Lermoyez[2], l'an dernier, à propos de la pathogénie de la gingivite mercurielle, déclarait que « cette question ne semble pas encore résolue » et il est d'avis que « toutes les stomatites s'identifieront de plus en plus en suivant deux phases: une première due au *primum movens* quel qu'il soit et une seconde toujours septique ».

Enfin, du haut de la chaire présidentielle du congrès de Chicago, Shepard[3] n'hésitait pas à dire dans son discours d'inauguration : « En présence des victoires passées, ne pouvons-nous pas nous attendre avec confiance à ce que l'étiologie de maladies encore obscures, comme l'érosion et la pyorrhée alvéolaire, soit déchiffrée ?... »

Historique

Ainsi que nous le faisions pressentir, la pathogénie des gingivites n'a pas de passé bien remarquable. Les nombreux auteurs que nous avons consultés à ce propos observent presque tous le même silence.

Citons d'abord les travaux de Francus édités en 1692 ; de Schumacher, en 1722 ; de Fauchard, en 1728 ; de Secluse, en 1754 ; de Leroy de la Faudignère, en 1766 ; d'Auzelia, en 1771 ; de Courtois, en 1775 ; de Bremett, en 1779 ; de Canelli, en 1793 ; c'est-à-dire avant notre siècle. Ils sont tous empreints du cachet du plus ténébreux empirisme.

Quant à ceux parus depuis lors, ils ont plutôt trait à la symptomatologie proprement dite, à l'étiologie et à la classification. Et l'on jugera de la profonde indifférence du corps médical en général, en apprenant que depuis dix ans une seule thèse de doctorat a été présentée à la Faculté de médecine de Paris sur un sujet s'y rattachant indirectement: c'est celle de Poulain intitulée *Contribution à l'étude des stomatites dans l'enfance et en particulier de la stomatite diphtéroïde impétigineuse*. Elle fut défendue le 2 mars 1892 et avait pour prédécesseur, dans l'ordre d'idées qui nous occupe, celle de Didsbury relative à *l'état des gencives chez les femmes enceintes et son traitement*, qui date du 7 mars 1883.

Enfin quelque temps avant, en 1880, Bontemps s'en occupait sous

1. *Comptes rendus du cong. dent. intern.*, p. 119. Paris, 1891.
2. *L'Odontologie*, septembre 1892, p. 423 et 427 ; et *Bulletin médical*.
3. *L'Odontologie*, 1893, p. 415, rapport de M. Barrié.

le titre suivant : *De la gingivite ; essai de classification, ses formes, son traitement.* Quant aux remarquables travaux et *recherches* de Joubin [1] *sur la morphologie comparée des glandes salivaires*, s'occupant surtout de l'organisation des céphalopodes, ils sont plutôt du domaine des sciences naturelles proprement dites que du ressort de la médecine.

Notons enfin que les classiques, notamment Duplay et Reclus [2], Grosse [3], etc., ne nous éclairent pas davantage.

En ce qui concerne les spécialistes en art dentaire, nous avons à citer les travaux de Galippe, Magitot, Thomas, Viau (qui a étudié l'action septique du tartre) et Jehay (qui a signalé l'accoutumance des gencives au contact des injections mercurielles de plus en plus fortes). Ils nous ont légué d'intéressants documents concernant la pathologie gingivale, dont beaucoup contribueront à élucider sa pathogénie.

Enfin, dans un autre ordre d'idées, au point de vue anatomo-pathologique, nous nous empressons de signaler que le professeur Letulle [4], dans ses hautes études sur l'inflammation qu'il vient de publier, nous a fourni d'abondants matériaux. Grâce à ses recherches personnelles, à celles de Metchnikoff, Hayem, Miller [5], Bouchard, Malassez, Massart et Bordet, Virchow, Rinsfleisch, Cornil et Ranvier, Méhu, Strauss, etc., qu'il a bien interprétées et complétées, nous avons pu faire une esquisse de la question qui nous est posée.

Mais avant tout nous croyons utile de rappeler en quelques mots l'anatomie, l'histologie et la physiologie normales des gencives ; on verra par la suite de ce travail que ce tracé n'est pas inutile.

Nous passerons ensuite en revue :

1° Les lésions de l'épithélial gingival enflammé, les causes et le mécanisme de leur production ;

2° Les lésions vasculo-endothéliales inflammatoires gingivales, les causes qui les produisent et leur mécanisme ;

3° Quelques idées relatives à l'étiologie de la gingivite dite expulsive, bien que cet état morbide fasse plutôt partie des lésions alvéolaires que des gencives ; mais il s'y rattache d'une façon tellement connexe que nous ne pouvons nous en désintéresser.

Nous arriverons alors aux conclusions.

Tel est en effet le plan d'études que nous avons cru utile d'adopter pour exposer ce que nous considérons comme l'état actuel de nos connaissances sur la pathogénie des gencives et ses *desiderata*. Précédé de son historique, il sera terminé par un index bibliographique.

---

1. Thèse de Paris, 1888.
2. *Traité de chirurgie*, tome V, p. 246. Paris, 1891.
3. *id.* tome I[er] Paris et Nancy, 1892.
4. *L'inflammation. Etudes anatomo-pathologiques.* Paris, 1893.
5. *Die Mikroorgan. der Mundhöle*, 2[e] édit. Leipzig, 1892.

I

ANATOMIE, HISTOLOGIE ET PHYSIOLOGIE DES GENCIVES

Les notions d'anatomie, d'histologie et de physiologie des gencives que nous pouvons tracer seront forcément élémentaires. Les différents traités récents que nous avons interrogés à ce sujet sont peu prolixes de détails ; à tel point que le plus récent et le plus complet paru jusqu'à ce jour en France, celui de Testut, de Lyon, ne mentionne pas la gencive dans sa description de la cavité buccale. Le mot gencive ne figure même pas à la table des matières. Quant à celui dont Poirier dirige la publication, il n'en est qu'à son premier fascicule et nous nous permettons timidement d'espérer qu'il comblera cette importante lacune. Force nous est donc de nous en rapporter aux anciens auteurs [1] : Beaunis et Bouchard, Cruveilhier, Tillaux, Mathias Duval, Sappey, Tomes, Decaudin et Demontporcelet, Cornil et Ranvier, et nous désignons la gencive comme cette partie de la muqueuse buccale qui revêt les deux faces libres des rebords alvéolaires des mâchoires supérieure et inférieure.

Entre cette muqueuse et le plan osseux se trouve le périoste alvéolo-dentaire ; en dedans elle se confond supérieurement avec la muqueuse palatine, inférieurement avec la muqueuse du plancher de la bouche. En dehors, elle se continue avec la muqueuse des lèvres et des joues. A son bord libre, *elle s'échancre au niveau du collet de chaque dent.*

A l'état sain, ces échancrures sont minces, très adhérentes au collet des dents et se terminent par une petite languette mince et effilée. Egalement à l'état sain les gencives sont rouges ; elles reçoivent en effet une quantité considérable de ramifications vasculaires mais très ténues, venant, pour la gencive supérieure, de la sous-orbitaire, de l'alvéolaire, de la sphénopalatine et de la palatine.

Quant à la gencive inférieure, elle est nourrie par la dentaire inférieure, la sous-mentale et la linguale.

Les gencives, presque dépourvues de nerfs, ne jouissent pas d'une sensibilité exquise. Que de fois n'arrive-t-il pas qu'elles saignent sans que l'on s'en aperçoive !

On leur décrit aussi un repli *semi-lunaire antérieur*, de chaque extrémité duquel se détache une petite languette de muqueuse qui traverse l'interstice dentaire pour se réunir du côté opposé avec les extrémités d'un même repli semi-lunaire postérieur. Ces petites languettes forment comme des ponts que soutient le bord libre des cloisons osseuses interdentaires.

La réunion des deux replis semi-lunaires l'un à l'autre forme autour de chaque collet dentaire un anneau complet de muqueuses que laisse béant en son centre l'ablation d'une dent. Au bord de ce cercle très adhérent à la dent vient s'insérer le périoste alvéolaire.

Chez le fœtus, on a décrit le cartilage dentaire, qui n'est en réalité

---

1. Et aussi à la thèse du Dr Sauvez *Sur les meilleurs moyens à employer pour obtenir l'anesthésie en art dentaire*, chapitre GENCIVE. Paris, 1893.

que du tissu fibreux recouvert d'une épaisse couche d'épithélium pavimenteux stratifié.

Chez le vieillard, la gencive, après la chute des dents et l'atrophie alvéolaire qui lui est consécutive, revient en quelque sorte à son état primitif. Elle se distingue alors par l'uniformité de son épaisseur, l'épaississement et le durcissement de sa couche épithéliale stratifiée.

Par leur structure, les gencives doivent être rangées dans la classe des fibro-muqueuses; elles sont remarquables par leur grande densité.

Il n'y a pas de ligne de démarcation bien nette entre la gencive et le périoste, lorsque sur une coupe on les examine dans leurs rapports naturels, *in situ*.

Elles sont hérissées de papilles volumineuses à large base, tantôt simples, tantôt composées. Ce sont des cellules cylindriques qui forment la couche la plus profonde de l'épithélium ou de Malpighi; celles de la surface sont pavimenteuses. On remarque de plus de légères dépressions ou de petites agglomérations de cellules pavimenteuses.

Serres[1] les a prises pour des glandes auxquelles il a donné son nom et leur a attribué la sécrétion du tartre, d'où le nom de glandes tartariques. Mais en réalité, d'après Magitot et Tomes[2], Serres a confondu les amas d'épithélium ci-dessus signalés avec des organes glandulaires. Decaudin et Demontporcelet les admettent. En présence de ces avis contradictoires, nous considérons la question comme encore ouverte.

En résumé, au point de vue purement histologique, on peut distinguer trois couches dans la structure gingivale :

1° Un revêtement épithélial ;

2° Un chorion composé de faisceaux conjonctifs et de fibres élastiques, muni de papilles *mais non de glandes* et parsemé de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques ainsi que de rares filets nerveux;

3° Une couche de tissu conjonctif plus ou moins lâche qui établit très intimement son union avec les parties sous-jacentes.

Parmi les cellules qui contribuent à la formation de la couche épithéliale, les plus profondes sont implantées perpendiculairement à la surface qu'elles recouvrent, tant au niveau des papilles que dans les espaces interpapillaires. A cette couche basique succèdent des cellules polygonales à angles mousses. Ces cellules, de même que celles de la première rangée, sont unies les unes aux autres par des filaments d'union au moins aussi accusés que dans le corps muqueux de Malpighi. Elles se forment incessamment dans les couches profondes aux dépens des cellules cylindriques dont la division a été précédée de celle du noyau. Elles sont, comme celles de l'épiderme cutané, en mue continuelle.

Notons enfin que tous ces organes vivent dans un bain alcalin en quelque sorte (la salive) dont la température est de 37°, c'est-à-dire

1. *Essai sur l'anatomie et la physiologie des dents.*

2. *Traité d'anatomie dentaire humaine et comparée*, traduction de Cruet. Paris, 1880.

dans des conditions très propices aux fermentations et à la pullulation des microbes pathogènes et autres. Quant aux fonctions qui leur sont dévolues, elles nous paraissent peu essentielles. A l'état de repos, elles contribuent avec le mucus buccal à empêcher la dessiccation de la bouche, pour une très faible proportion, s'il est vrai qu'elles ne contiennent pas de glandes mucipares, et à neutraliser les acides engendrés par les fermentations.

Pendant la mastication, c'est-à-dire à l'état d'activité, elles ont aussi un rôle complémentaire ; elles permettent le glissement facile des joues contre les mâchoires.

II

DE LA CLASSIFICATION PATHOGÉNIQUE DES GINGIVITES DE L'INFLAMMATION

Tout en attribuant aux diverses classifications des gingivites, au point de vue clinique, la valeur qu'elles méritent, nous ne pouvons les admettre en pathogénie. Nous sommes forcé d'en établir une nouvelle, plus synthétique, harmonisant mieux, croyons-nous, sous une même dénomination, divers états inflammatoires aboutissant aux mêmes modifications, aux mêmes altérations des tissus dans leur forme, et, partant, dans leurs manifestation vitales.

Quelle que soit, en effet, la cause qui engendre une gingivite, le point de départ en sera toujours *vasculo-endothélial*, c'est-à-dire qu'elle sera imputable à l'action du sang altéré dans ses globules ou son plasma (ou les deux à la fois) à la suite d'absorption de médicaments (*hétéro-intoxication*), ou bien due à des germes infectieux produisant par leurs sécrétions ou leur simple contact une action similaire (*auto-intoxication*), ou causée par rétention de déchets organiques insuffisamment comburés, tels que glycose, acide urique, etc., dans le torrent circulatoire; ou causée par diminution de la *vis a tergo*; ou bien enfin elle sera *épithéliale*, c'est-à-dire due à une action locale, externe, toxique, que l'agent pathogène appartienne au règne minéral (métaux ou métalloïdes) ou au monde organisé (microbes), ou qu'il soit mécanique (traumatismes divers).

Dans le premier cas, les éléments lésés de l'endothélium vasculaire, par un mécanisme que nous décrirons plus loin, évolueront de façon à créer une porte d'entrée à l'infection. Dans le second, l'épithélium altéré produira, par un processus desquamatif que nous tâcherons d'esquisser, une solution de continuité gingivale favorable à la giration des germes septiques.

De sorte qu'en fin de compte l'aboutissant sera toujours l'infection, que le processus inflammatoire provienne de l'économie elle-même ou du dehors. Mais nous tenons, avant d'entrer dans d'autres détails, à faire connaître ce que nous entendons par inflammation. Nous adoptons à cet effet la définition proposée par Letulle : « *Toute injure, mécanique, infectieuse ou toxique, produisant dans l'intimité des tissus une série successive de lésions dégénératives et réactionnelles, doit être considérée comme une cause inflammatoire : l'ensemble des désordres anatomiques ainsi créés constitue l'inflammation.* »

Cohnheim la définit comme suit : « L'inflammation est la somme des différents processus débutant par la dilatation vasculaire, passant par la margination des leucocytes pour aboutir à la transudation des substances solides (diapédèse) et liquides (exsudats) appartenant au sang. »

Pour cet auteur, la raison du phénomène se résume en une modification moléculaire chimique et mécanique des parois vasculaires.

Quant à Cornil et Ranvier, ils décrivent l'inflammation comme suit : « La série des phénomènes observés dans les tissus ou dans les organes, analogues à ceux produits sur les mêmes parties par l'action d'un agent irritant physique ou chimique. »

C'est là une définition inspirée par la pathologie expérimentale ; elle était classique jusque dans ces derniers temps et avait détrôné celle qui caractérisait l'inflammation par les quatre facteurs suivants : calor, dolor, rubor, tumor, et qui remonte à Van Helmont.

Nous avons entendu professer que « *l'inflammation n'est consécutive qu'à un traumatisme* SEPTIQUE ». Cette donnée simplifierait beaucoup la pathogénie gingivale. Mais nous voyons dans cette affirmation une extension excessive des principes de Strauss, dont les expériences ont nettement établi ce que les injections les plus irritantes faites aseptiquement produisent au sein des tissus. A l'appui de notre manière de voir, nous transcrirons les paroles suivantes de Letulle [1], dans son chapitre des lésions traumatiques : « Parmi les lésions inflammatoires légères, les plus simples, les plus pures aussi, sont les *traumatismes aseptiques*, chirurgicaux et surtout expérimentaux.....

» Qu'on prenne un corps étranger bien aseptique et qu'on l'enfonce dans un tissu vivant quelconque, appartenant à n'importe quel être de la série animale, la succession des phénomènes consécutifs sera toujours inévitablement la même : certains délabrements de tissus, certaines morts cellulaires auront lieu ; puis, sans tarder, l'organisme lésé s'efforcera et de réparer les désordres produits (procédés de *restauration*) et simultanément de chasser l'ennemi, inerte ici, introduit dans la place. Cette lutte, cet effort éliminateur et reconstitutionnel s'exerce au moyen de *l'inflammation.* »

III

LÉSIONS DE L'ÉPITHÉLIUM GINGIVAL ENFLAMMÉ. — CAUSES ET MÉCANISME DE LEUR PRODUCTION

Les lésions épithéliales aiguës sont caractérisées microscopiquement :

a) Par la disparition du noyau des cellules et leur insensibilité aux réactions histo-micro-chimiques qui les touchaient autrefois ;

b) Par l'état sec, cassant, brillant de leur protoplasme.

Cela se remarque surtout au cours des maladies infectieuses en général.

Macroscopiquement on observe une chute en bloc de ces cellules ; c'est la desquamation catarrhale aiguë (souvent infectieuse) par

---

1. *Loc. cit.*, p. 111.

plaques et la mise à nu du tissu conjonctif et des vaisseaux (capillaires et lymphatiques).

Leur contact est maintenant direct avec les éléments pathogènes que contient généralement toute cavité buccale ; c'est l'état phagocytaire.

Dans l'inflammation chronique, on rencontre sous la gencive peu ou point de cellules frappées de mort aiguë ; elles sont hyperplasiées ou hypertrophiées (fongosités, etc.), mais peu typiquement.

Les anfractuosités qui les séparent à l'état normal sont ici plus étendues et plus profondes : il y a même çà et là et surtout aux lieux d'élection (collet des dents) de véritables solutions de continuité microscopiques.

Les cellules épithéliales, ainsi que les vaisseaux sous-jacents, sont en réaction pour s'opposer autant que possible à l'action des microorganismes, de sorte que les colonies microbiennes sont en rapport moins direct avec les éléments vasculaires et luttent contre des cellules déjà accommodées à leurs attaques.

Quels sont les éléments qui produisent ces états anatomo-pathologiques et comment y arrivent-ils ?

1° Les agents thermiques : la chaleur et le froid, appliqués dans un but d'alimentation ou thérapeutique (l'abus de la glace ou d'aliments trop chauds ; les inhalations d'air chaud, saturées ou non de médicaments, les cautérisations). Ils doivent être rangés parmi les causes pathogènes de la gingivite localisée ou généralisée, aiguë ou chronique ;

2° Il en est de même des *traumatismes* : contusions, déchirures, arrachement, contact prolongé d'appareils prothétiques d'adaptation vicieuse ;

3° Le dépôt abondant des secreta : salive discrasique (acide) ou toxique, le tartre par son action septique (Viau), résultant du manque d'hygiène buccale ;

4° Le voisinage ou la contiguité avec des tissus ou organes lésés : chicots, dents cariées, périostite, gastrite, etc., etc. ;

5° Les poussières métalliques ou métalloïdiques : cuivre, zinc, mercure, bismuth, antimoine, plomb, bore, ou silicatées (verre), ou carboniques (diamant), ou charbonneuses (ouvriers mineurs, abus du charbon de bois comme poudre dentifrice), ou tabagiques (fumeurs, chiqueurs), ou sucrées (pâtissiers) ; les débris alimentaires et leurs produits de désorganisation ;

6° Les agents chimiques : l'acide chlorhydrique (zingueurs), l'alcool, les essences, les épices, etc. ;

7° Les microorganismes virulents et leurs excreta, soit qu'ils agissent comme unité morbide, par ex. l'actinomycose qui aboutit à une gingivite purulente spéciale typique, ou en association, ainsi que nous l'étudierons plus loin, ou secondairement au cours des maladies infectieuses.

Mais pouvons-nous, avec preuves à l'appui bien indiscutables, fixer à chacun de ces éléments le genre de dégénérescence particulière qu'il imprimera aux cellules épithéliales ?

Pouvons-nous fixer dans quelle mesure la réaction inflammatoire consécutive sera efficace, ou peu efficace, ou nulle dans tel ou tel cas déterminé ?

Pouvons-nous préciser, en suite du contact direct du métal, etc., à quelle formule chimique correspond un composé métallique quelconque après la réaction inflammatoire ?

Nous ne le pensons pas. Il y a là toute une série d'expériences à faire, de points à fixer, en dehors de la simple action de contact irritatif.

Quant aux microbes, n'omettons pas de dire que leur action sur l'épithélium est d'abord mécanique ; en proliférant, ils se tassent et écrasent mécaniquement un certain nombre d'unités cellulaires. Mais si cette action est incontestable, elle est de beaucoup inférieure en intensité à celle de leurs sécrétions.

Les microbes, en effet, sécrètent des ferments diastasiques dont l'action est double ; d'abord il s'agit d'une véritable digestion des tissus qui s'effectue sous l'influence de ferments albumineux toxiques. En second lieu, les matières albuminoïdes contenues dans les milieux enflammés subissent des modifications chimiques profondes, deviennent de véritables caustiques ; il y a là un second facteur de destruction ou tout au moins d'altération cellulaire.

Malheureusement l'étude des nombreux microbes dont l'action est ici morbigène n'a pas encore aujourd'hui quitté le domaine de la bactériologie générale ; nous ne connaissons pas quels sont ceux qui se localisent uniquement ou tout au moins de préférence dans les gencives, ni leur degré de virulence.

Sans doute, au cours d'une maladie infectieuse quelconque, nous trouverons presque toujours son élément microbien, agissant très probablement en association sur les gencives, soit pendant ou après la maladie. Mais nous ne pouvons admettre comme spécifique une gingivite à pneumocoque par exemple, pendant ou après la pneumonie, ou à bacille d'Eberth pendant ou après la fièvre typhoïde. Il reste là beaucoup de points obscurs à fixer, malgré les beaux travaux de Galippe, Netter, Podbielsky, Linsley, Thornsburg, Miller, Vignal, etc.

IV

LÉSIONS VASCULO-ENDOTHÉLIALES INFLAMMATOIRES. — CAUSES QUI LES PRODUISENT ET LEUR MÉCANISME

Ces phénomènes sont délicats et peu connus, sauf ceux du début : la raison principale en est que la structure même des vaisseaux capillaires normaux est encore discutée.

Néanmoins il semble bien résulter des expériences de Striker, de Sévérini, que tout endothélium vasculaire jouit normalement d'une certaine contractilité, mais qu'à l'état inflammatoire elle est atténuée (ou abolie selon les cas). Il y alors disparition d'un des facteurs contribuant à mesurer, à régler la diapédèse physiologique. D'autre part, l'endothélium subit un épaississement vers l'axe du vaisseau ; la gêne circulatoire augmente encore et la diapédèse devient inflammatoire ;

et si la lumière du vaisseau est complètement oblitérée il y a embolie capillaire.

(A une période plus avancée, on observera la nécrose des éléments diapédés, c'est-à-dire le pus.)

En suite de l'obstacle mécanique ainsi créé, la stase intra-vasculaire crée la cyanose anoxhémique ou l'engorgement lymphatique, selon qu'il s'agit de l'un ou l'autre sang, et éveille dans leur entourage (tissu conjontif) une série d'actes phlogogènes, chroniques d'emblée, sinon subaigus.

Et ces phénomènes peuvent s'observer dans les gencives par compression d'organes voisins subissant certains effets physiologiques compressifs : dans l'éruption de la dent de sagesse, par exemple, ou à l'occasion de la 1re ou 2e dentition [1].

Apparaissent ensuite les conséquences toxiques dues aux déchets de la vie des éléments qui stagnent dans des tissus mal irrigués et aux résidus ultimes de la désintégration des leucocytes diapédésés.

Dans ce cas, les globules blancs acquièrent et conservent le rôle de véritables corps étrangers irritants.

L'acte ultime de tous ces processus, c'est la nécrose limitée, la suppuration d'un tout petit champ qui, n'assurant plus la nutrition des éléments sous-jacents, c'est-à-dire de l'épithélium gingival, finit par établir une solution de continuité par où les éléments infectieux de la bouche pénétreront facilement. Et cette solution de continuité microscopique se produira où, pour des raisons de topographie anatomique, la circulation est le moins facile, c'est-à-dire au niveau du collet des dents là où la muqueuse s'infléchit en courbe.

C'est ainsi que, par étapes successives, l'inflammation vasculo-endothéliale gingivale aboutit aux éléments épithéliaux qu'elle mortifie selon les formes décrites dans le chapitre précédent, et les microbes prendront part à la scène.

Et tout en tenant compte de la réceptivité, de l'aptitude morbide du sujet, de toutes les causes intervenant dans toute pathogénie, les différentes variétés cliniques concordent avec l'un ou l'autre des stades anatomo-pathologiques que nous venons de résumer pour aboutir toujours à la forme septique, si l'affection n'est enrayée à temps, quel que soit le *primum movens* qui l'ait engendrée.

On pourrait nous demander pourquoi le processus inflammatoire s'étend plutôt vers l'épithélium que vers le périoste. La raison en est simple: vers l'épithélium, la résistance est moindre que vers le périoste, où la nutrition persistera à cause du courant sanguin, ce dont l'épithélium est dépourvu.

Quant aux facteurs morbigènes des lésions inflammatoires de l'endothélium gingival et au mécanisme de ces lésions, que pouvons-nous en dire ?

Si nous parcourons attentivement les publications, même de haute envergure, relatives à la thérapeutique médicale, notamment Dujardin-Beaumetz, Rabuteau, Notnægel et Rosbach, Paulier, etc.,

---

1. Poinsot, *Les accidents de la 1re dentition*. Paris, 1893.

nous sommes frappés, en général, du doute avec lequel ils parlent non seulement de l'action physiologique des médicaments, mais aussi des transformations chimiques qu'ils subissent au sein de l'économie. On aboutit, après leur lecture, au plus froid scepticisme après avoir marché d'hypothèse en hypothèse, de contradiction en contradiction. Et en ce qui concerne l'action des composés métalliques auxquels tant de gingivites sont imputables, les hésitations sont peut-être plus marquées.

Presque tout se résume à dire que ces substances toxiques arrivent et se maintiennent dans le sang à l'état de chlorure pour les unes, à l'état d'albuminate pour les autres ; qu'elles persistent dans le plasma sanguin en altérant sa composition chimique, et partant la nutrition et la forme des globules et aussi celle des endothéliums d'abord et plus tard celle des tissus. Elles peuvent aussi se fixer sur les globules exclusivement.

On suppose aussi que certains organes sont des lieux d'élection choisis par certains toxiques comme résidence favorite ou centre d'élimination, mais tout reste vague dans cet ordre d'idées ; tout ce qui est certain, c'est que l'on peut dans tel ou tel cas déterminé parfois fixer le genre d'altération cellulaire acquise qu'engendra dans l'économie tel ou tel poison. Mais quant au mécanisme intime de la genèse de ces altérations, il reste encore à le démontrer.

Nous citerons dans l'ordre suivant les facteurs morbides des gingivites d'origine endothéliale :

1° Les maladies infectieuses en général ;

2° Les composés métalliques de plomb, argent, cuivre, zinc, mercure ; les composés métalloïdiques d'arsenic, phosphore, antimoine, bismuth, iode et brome ; les composés alcalino-terreux de bore, signalés par Lemoine, de Lille, depuis qu'on a appliqué le borate de soude au traitement de l'épilepsie ;

3° La morphine ;

4° La 1re et la 2e dentition, l'éruption des dents de sagesse, etc.

Que dire de l'action des microbes dans le cours des maladies infectieuses, de la fièvre typhoïde par exemple, relativement à la question qui nous occupe ?

Le problème de la genèse des gingivites auto-infectieuses est encore bien obscur. Nous savons que certains microbes pathogènes circulant dans l'économie en altèrent les règles biologiques et les tissus par leur présence seule et aussi par leur secreta. Mais on n'est pas encore parvenu aujourd'hui à isoler ces derniers ni à préciser par quel mécanisme ils produisent les lésions cellulaires en général et celles des gencives en particulier, dont l'aboutissant toutefois reste toujours la diapédèse inflammatoire et ses suites. Néanmoins nous attribuerons volontiers à ces agents pathogènes, en dehors de leur action traumatique toxique locale, directe sur l'endothélium vasculaire, une action indirecte, celle de l'hyperthermie qu'ils engendrent dans la plupart des cas et, par suite, la dégénérescence graisseuse des cellules endothéliales. Ce fait est fort accrédité chez les pathogénistes et signalé en premier par Talamon et Lecorché.

Quant aux gingivites procédant d'altérations vasculo-endothéliales discrasiques (scorbut, diabète sucré) ou diathésiques (syphilitique, urique, tuberculeuse, etc.), le mécanisme intime de leur production est encore à tracer, ainsi que les altérations anatomo-pathologiques primordiales qui les différencient les unes des autres.

Il nous reste enfin à signaler certains facteurs particuliers fonctionnels :

a) La gêne circulatoire dans les affections cardiaques ; dans ce cas la stase sanguine produit l'exsudat et la diapédèse inflammatoire à la longue, par diminution de la *vis a tergo* qui permet l'exsudat d'abord, la stagnation des leucocytes ensuite et ultérieurement leur désintégration.

Nous résumerons à ce propos ce que Poinsot signale au sujet du pronostic de cette gingivite. Lorsqu'on applique de la teinture d'iode sur les gencives enflammées, la tache peut prendre trois aspects différents : ou bien on y remarque un pointillé très ténu d'endroits plus foncés par le contact du médicament, ou bien un pointillé de dimensions plus étendues mais régulier, ou en troisième lieu le pointillé n'a plus l'aspect sphérique qui le caractérise dans les deux cas ci-dessus. On constate alors des plaques irrégulièrement formées, assez étendues, analogues en petit aux cartes géographiques.

Cette troisième variété indique que la lésion est pour ainsi dire incurable.

Dans les deux premières, la guérison s'obtient toujours.

b) L'état de grossesse étudié par Didsbury [1], qui considère comme rationnel d'admettre un trouble nerveux sympathique agissant sur les rameaux vasculaires et amenant de la congestion, et par Sauvez [2], qui y voit également un état inflammatoire de même que dans la pulpe dentaire, tandis que Pinard [3] localise surtout aux gencives les accidents buccaux imputables à cet état.

V

QUELQUES MOTS DE LA GINGIVITE DITE EXPULSIVE

Citons d'abord, d'après Miller [4], les noms sous lesquels on a désigné cette affection : pyorrhée alvéolaire, loculosis, blennorrhée gingivale, périostite alvéolo-dentaire, gingivite arthrodentaire infectieuse, péricémentite phagodénique, arthrite alvéolaire symptomatique, etc., etc. ; toutes ces variantes nous montrent combien on est peu d'accord sur son étiologie. Rappelons ensuite l'opinion des auteurs les plus accrédités à ce sujet.

Riggs la considère comme une affection locale et affirme qu'aucune partie de gencive perdue ne peut être reconstituée par le processus cicatriciel.

Patterson et Taft, au contraire, la considèrent comme une affection

1. *Loc. cit.*
2. *Influence de la menstruation sur les accidents d'origine dentaire* (communicat. à la Soc. d'Odontol. de Paris, octobre 1892).
3. *De la gingivite des femmes enceintes*, etc. *Bull de thérap.*, 1877.
4. *Loc. cit.*, p. 374 et suiv.

générale. D'autres croient à une prédisposition et Rew en fait l'apanage exclusif de l'alcoolisme. Witzel y voit une nécrose alvéolaire causée par l'irritation septique du bord alvéolaire. Magitot, Malassez et Galippe sont d'avis que c'est une affection parasitaire caractérisée « par des dépôts de pus et l'ébranlement, avec chute des dents, imputables à une arthrite alvéolaire septique et contagieuse ». On la remarque sous l'influence de certains états de santé défavorables et des diathèses, ou aussi après les fièvres exanthématiques au cours desquelles elle constitue une complication ou dont elle est une suite.

Galippe a fait des coupes microscopiques et des cultures qui l'autorisent à affirmer que c'est une affection bactéridienne. Miller se rallie à cette opinion, mais il fait observer que les essais d'inoculation qu'il a tentés sur des chiens bien portants sont restés infructueux, tandis que sur des chiens malades les résultats ont été positifs. En ce qui nous concerne personnellement, nous croyons pouvoir expliquer sa pathogénie comme suit :

Nous avons vu plus haut que la dent est entourée à son collet de toutes parts d'une rainure alvéolaire, véritable dépression qui favorise la rétention de la salive et de tout ce qui peut se rencontrer en plus dans la bouche, débris alimentaires, microbes, etc., ce que nous appellerons magma buccal. C'est vers ce cul-de-sac circulaire que s'avance lentement le dépôt de tartre dentaire. Pour peu qu'il s'en trouve des couches successives suffisamment nombreuses pour prendre contact immédiat avec les cellules épithéliales gingivales, elles les irriteront légèrement d'abord, plus activement ensuite et finiront par les éroder.

Il s'établira de cette façon une solution de continuité de la gencive qui mettra la dent à découvert au niveau de son collet et offrira directement au contact du contage et le cément et le périoste alvéolaire. Le processus morbide s'étendant de plus en plus, surtout s'il est favorisé par un état dyscrasique ou diathésique et le manque d'intervention thérapeutique, aboutira à une périostite infectieuse qui passera à la nécrose alvéolaire (Witzel) avec petits séquestres et résorption osseuse partielle, ainsi que cela se rencontre dans toute ostéite. Et cela d'autant plus facilement que les conditions d'anatomie topographique agiront ici très avantageusement pour l'établissement de cet état pathologique, les conditions de l'irrigation sanguine étant fort désavantageuses : elle y est fort ralentie par le fait de l'incurvation brusque des capillaires. Quant aux conséquences dentaires qui s'y établiront, nous ne pouvons que les laisser entrevoir afin de ne pas sortir du cadre de notre sujet.

En résumé, cette affection infectieuse est caractérisée, pensons-nous, anatomiquement par la nécrose alvéolaire ; elle s'établit par l'action septique et mécanique du tartre sur l'épithélium gingival aboutissant à une solution de continuité et elle s'étend à cause de conditions circulatoires défavorables à une réaction salutaire, le tout évoluant très souvent dans un terrain préparé par une diathèse ou une dyscrasie.

VI

CONCLUSIONS

Il nous reste quelques particularités à signaler brièvement avant de passer aux conclusions.

Nous tenons, tout d'abord, à mentionner l'action pathogène de l'hydrogène sulfuré ou des sulfures alcalins dans les gingivites. Nous avons eu l'occasion d'observer que chez certains sujets en puissance d'intoxication mercurielle (d'origine professionnelle ou thérapeutique) les cures sulfureuses thermales déterminent des poussées gingivales intenses. Nous attribuons ce fait à ce que le composé mercuriel imprégnant les tissus gingivaux mis en contact (par voie endothéliale ou épithéliale) avec ces composés devient corps étranger solide sous forme de sulfure, d'où irritation mécanique et ses conséquences.

On aura certes remarqué que nous nous sommes abstenu de décrire, au cours de notre dissertation, les lésions inflammatoires du tissu conjonctif gingival, leur étude n'ayant rien de spécial dans le territoire anatomique qui nous occupe.

Nous nous sommes aussi abstenu de parler de l'action des filets nerveux, par la bonne raison qu'elle est peu connue dans la détermination des processus inflammatoires en général et de ceux des gencives en particulier, où ils sont du reste peu nombreux, ce qui restreint d'autant plus leur intervention.

Enfin nous ne croyons pas devoir nous étendre sur les cas où la pathogénie gingivale procède à la fois (cas mixtes) et de l'endothélium et de l'épithélium, ce qui arrive souvent, par exemple dans la gingivite mercurielle professionnelle. Ici, en effet, l'élément pathogène attaque des deux côtés à la fois, c'est-à-dire localement et par la circulation (après absorption cutanée, pulmonaire et stomacale), les tissus gingivaux. On conçoit aisément la synergie et le parallélisme dans la production des lésions que nous avons décrites séparément et leur aboutissant, toujours le même, l'infection.

Sans nous figurer, loin de là, que la pathogénie des gingivites est aujourd'hui fixée, nous croyons pouvoir affirmer que :

1° Toutes les gingivites, quelles qu'en soient les causes initiales, aboutissent à une forme septique unique et sont donc passibles du même traitement externe, c'est-à-dire antiseptique ; toutes réserves faites, bien entendu, du traitement interne qui sera méticuleusement approprié à chaque cas pour les gingivites d'origine vasculo-endothéliale. Le tout sera précédé de la mise en état de la bouche ;

2° L'échelle de virulence des microbes buccaux n'a pas encore été déterminée ;

3° On n'a pas encore différencié les éléments microbiens pathogènes spécifiques des gingivites de ceux des stomatites ;

4° L'irrigation sanguine, dans les gencives, est dans presque toute son étendue assurée par des capillaires et, partant, très lente ; il y a donc là une disposition anatomique favorable à la pathogénie inflam-

matoire, surtout au niveau du cul-de-sac alvéolaire à cause de l'incurvation brusque des vaisseaux;

5° La disposition anatomique ci-dessus indiquée doit entrer en ligne de compte dans la série des facteurs producteurs de la gingivite dite expulsive.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AGUILHON DE SARRAN, *Pathologie et traitement de la gingivite expulsive, etc.*, *Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, VI, 1880 ; 402-409 ; rapport et discussion, 411-419.

ANDRIEU, *Traité complet de stomatologie, etc.* Paris, 1867.

ALBERTI, *Pathogénie et traitement de la gingivite expulsive. Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1880.

AUBRI, *Essai sur les maladies des gencives.* Paris, 1876.

AUZEBI, P., *Traité d'odontologie où l'on présente un système nouveau sur l'origine et la formation des dents*, une description des différentes maladies qui affectent la bouche, et les moyens de les guérir. Lyon, L. Rosset, 1771. XXXII, 167 p.

BAILLY, *Du signe pathognomonique de l'intoxication cuivreuse. L'union méd.*, 1874, 6, 61-65.

BAUCHET, *Un mot sur une forme particulière d'ulcère des gencives. Bull. thérap.*, XLIV, 1853.

BERTIN, *Traité du déchaussement et de l'ébranlement des dents et des maladies des gencives.* Paris, 1864 et 1865.

BEHREND, *Bemerk über die Scarific. des Zahnfleisch. während der Dentit. Journ. für Kinderkrank.* 1844.

BONTEMPS, *De la gingivite* ; essai de classification, ses formes, son traitement. (Thèse de Paris, 1880.)

BENNETT. *A dissertat. on the teeth and gums and several disorders to which they are liable.* London, 1779.

BOSBERG. *De stomatitibus variis generibus.* Berol. typ. G. Schade, 1854.

BERDMORE. *A treatise on the disorders and deformities of the teeth and gums.* London, 1768.

BOUCHUT. *De la stomatite ulcéro-membraneuse et de son influence sur la nécrose des maxillaires. L'union médicale*, 1863.

BOYAUX. *Du gonflement chronique et fongueux des gencives.* Paris, 1853.

BRAUN, *Ueber Actinomykose des Menschen.*

BERGERON, *De la stomatite ulcéreuse des soldats.* Paris, 1859.

BEW. *Opinions on the causes and affects of diseases in the teeth and gums with practical observat. on the devastating conseq. of their origine, etc.* London, 1824.

BLONDEAUX, *De la stomatite ulcéreuse des enfants*, etc. Paris, 1861.

BROWN-SÉQUARD. *Fait de la disparition d'un kyste séreux du cou chez un malade à la suite de l'apparition d'un abcès gingival. Gazette médicale de Paris*, 1870.

BRUCK, *Die Krankheiten des Zahnfleisches.* Leipzig, 1865.

CARNELLI, *Instruction sur les maladies des gencives et des dents et sur la manière de les conserver, etc.* Naples, 1793.

CARRIÈRE, *De la gingivite expulsive et de sa coïncidence géographique avec la scrofulose et l'helminthogénésie.*

CAIRNS, *On the scarificat. of the gums*, etc. *Edinb. méd. Journ.* XIV (1869).

CHAILLOU, *Étude du liséré gingival dans certaines imprégnations métalliques.* Paris, 1878.

L'abondance des matières nous oblige à ajourner au n° de janvier la fin de cet intéressant index. — N. D. L. R.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Réunion du mardi 3 octobre 1893.

Présidence de M. Viau, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Martinier, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté sans observation.

Il communique une lettre de M. de la Nux concernant les émaux fusibles à haute température de M. Loup.

I. — Rapport sur le congrès dentaire de Chicago, par M. Barrié

M. Barrié. — J'ai à vous rendre compte de ma mission au Congrès dentaire de Chicago. Les démonstrations pratiques et les communications théoriques devant être publiées dans l'*Odontologie*, je ne m'y arrêterai pas et me bornerai à quelques renseignements généraux. (Il donne lecture de son rapport — voir les numéros de septembre, d'octobre et de novembre — et fournit quelques indications complémentaires quand il le juge nécessaire ou quand des questions lui sont posées.)

II. — Stomatoscope Bidaud, présenté par MM. Barrié et Bidaud

M. Barrié. — Pour interrompre la lecture fastidieuse de ce compte rendu, je vais vous montrer le fonctionnement de cette lampe électrique froide, qui, paraît-il, aurait déjà été inventée par le Dr Belin.

M. Bidaud. — J'ai mis dans un manche de caoutchouc durci une lampe de 110 volts (10 bougies), qui est facilement changeable.

M. Barrié. — Cette lampe n'était pas connue en Amérique et la maison White en a fait l'acquisition.

M. Poinsot. — Cette lampe est utile quand le malade se plaint d'une douleur entre deux dents. On place l'appareil derrière la dent et, au lieu de transparence, si l'on rencontre de l'opacité, on peut être sûr qu'il y a de la carie.

M. Barrié. — Comme curiosité, j'ai vu une personne portant 6 couronnes en or faites avec des matrices représentant les parties antérieure et postérieure d'une incisive et soudées ensemble : c'était fort disgracieux. Un Espagnol qui est venu visiter l'Ecole et qui en avait de semblables prétendait qu'on les lui avait mises en 10 minutes. Cela peut certainement se faire en 20.

Un membre. — Comment la dent se maintient-elle ?

M. Barrié. — Avec un pivot au milieu. Les 3 dents étaient soudées et le bout de la couronne qui dépassait avait une certaine fixité.

M. Viau. — M. Barrié se propose de continuer son compte rendu théorique dans le prochain numéro du journal et de faire ici des démonstrations pratiques. Il convient de le remercier de n'avoir épargné ni son temps ni sa bourse.

La séance est levée à 10 heures et demie.

Le Secrétaire général,
P. Martinier.

BIBLIOGRAPHIE

Les malfaiteurs de profession

Par L. PUIBARAUD, ancien chef du cabinet du préfet de police, inspecteur des services administratifs du ministère de l'intérieur. P. Flammarion, éditeur.

L'auteur fait défiler devant nous, avec gravures à l'appui, une classe très curieuse à étudier. Avec des détails intéressants, il nous dévoile tous les trucs des parasites du bien d'autrui, le dessous des cartes des bonneteurs, les secrets des marchands d'orviétan, falsificateurs, charlatans diplômés ou décorés, et nous met en garde contre leurs manœuvres.

Si nous jugeons, du reste, de l'ouvrage par le chapitre consacré aux dentistes sans vergogne, on sent que l'auteur a analysé à la loupe et qu'il a vu par lui-même ce qu'il décrit.

Dans le dernier paragraphe, il donne des détails précis sur l'Ecole dentaire de Paris et constate les progrès qu'elle a réalisés depuis sa fondation en élevant le niveau moral et intellectuel de la profession.

NÉCROLOGIE

Notre confrère, M. G. Clarke, D. E. D. P. de la 1re année de la fondation de l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être brusquement enlevé après une courte maladie.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos sympathiques condoléances.

NOUVELLES

Une nouvelle école dentaire a été ouverte à Saint-Pétersbourg le 20 septembre par Mme Vongel. L'établissement est placé sous le contrôle du Ministre de l'Intérieur et la surveillance immédiate du Conseil médical de la ville.

Le Dr Arronet a été chargé de l'organisation.

(*Brit. J. of. Dent. science.*)

L'assemblée générale annuelle de la Société civile de l'école et du dispensaire dentaires de Paris s'est tenue le mardi 5 décembre. Cent cinq membres étaient présents.

Les élections pour le remplacement des 17 membres sortants ou démissionnaires du Conseil de Direction ont donné les résultats suivants : MM. d'Argent, Barrié, Bioux, Dubois, Frey, Godon, Gravollet, F. Jean, Legret, Lemerle, Loup, Löventhal, Martinier, Poinsot, Prével, Sauvez et Viau ont été élus.

Une nouvelle assemblée générale extraordinaire a été fixée à une date ultérieure pour la continuation de l'ordre du jour qui n'a pu être épuisé.

Le Conseil de direction en a fixé la date au mardi 30 janvier prochain.

Nous apprenons le mariage de M. Prussenar, chirurgien-dentiste D. E. D. P., à Orléans, avec Mlle Aline Delestrée.

Nous apprenons également celui de M. Meng, D. E. D. P. membre de la Société de l'Ecole dentaire et de l'Association générale, avec Mlle Ch. Delamarre.

Nous adressons nos félicitations à nos deux confrères.

Le nouveau Conseil de direction s'est réuni le mardi 12 décembre et a constitué son bureau de la façon suivante: *Président*, M. Godon; 1er *vice-président*, M. Viau ; 2e *vice-président*, M. Lemerle ; *secrétaire général*, M. Francis Jean ; *secrétaire des séances*, M. Loup ; *trésorier*, M. d'Argent; *bibliothécaire*, M. Sauvez; *conservateur du musée*, M. Martinier.

Il a procédé ensuite aux nominations ci-après: *Directeur de l'Ecole*, M. Poinsot; *économe*, M. Prével; *bibliothécaire-adjoint*, M. Frey ; *conservateur-adjoint du musée*, M. Löventhal.

M. Pierre Sébileau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, vient de prendre la direction de la *Gazette médicale*, de Paris, avec le titre de rédacteur en chef, comme successeur du Dr F. de Rause.

Cette publication subira une transformation complète et chaque numéro contiendra *une critique médicale* ou *chirurgicale sur la quinzaine scientifique*, *une clinique* ou *un travail original*, *un compte rendu des sociétés savantes*, *une revue des principaux articles des journaux français et étrangers*, *un bulletin de thérapeutique médicale*, *un bulletin de thérapeutique chirurgicale*, *un bulletin d'informations*, une page consacrée aux étudiants qui se destinent aux concours.

Nous nous réjouissons de la tâche entreprise par M. Sébileau, l'éminent professeur de l'Ecole dentaire de Paris, et nous lui adressons, à l'occasion de la prise de possession de son nouveau poste, nos félicitations les plus vives.

AVIS

La Société d'odontologie de Paris tiendra deux séances extraordinaires de démonstrations pratiques les dimanche 14 et lundi 15 janvier 1893, à 9 heures du matin.

Nous rappelons à nos confrères de province que ces séances sont organisées à leur intention.

L'assemblée générale annuelle de la Société aura lieu le mardi 16 janvier, à 8 heures 1/2 du soir.

L'Association générale des dentistes de France se réunira en assemblée générale annuelle le dimanche 14 janvier, à 2 heures de l'après-midi.

RECTIFICATION

Au procès-verbal de la réunion des diplômés des écoles dentaires du 1er juillet 1893.

Des explications fournies par M. Damain, Directeur de l'École dentaire de France, il résulte que si la liste des diplômés n'a pas été donnée, c'est qu'on ne s'est pas adressé au Directeur, qui seul avait qualité pour la fournir.

LEMERLE.

RECTIFICATION

Il convient d'ajouter au procès-verbal de la séance du Conseil de direction du 1er août 1893, publié dans le n° de novembre dernier, page 514, après la ligne 12, les paroles suivantes omises par erreur :

M. Touchard. — J'assume sans prétention une petite responsabilité dans les incidents qui se sont produits; mais je ne voudrais cependant pas accepter tous les péchés.

Pour ne pas faire obstacle à l'Administration, je me propose de donner ma démission de membre du Conseil et même je la donne immédiatement.

ERRATUM

Une erreur typographique répétée trois fois dans le dernier numéro nous fait dire *iodoforme désioduré*, au lieu de IODOFORME DÉSODURÉ, qu'il faut lire. Nos lecteurs auront certainement fait la correction.

TABLE MÉTHODIQUE
DES MATIÈRES

TRAVAUX ORIGINAUX

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

REVUE DE L'ÉTRANGER

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE PARIS

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

MISCELLANEA

BIBLIOGRAPHIE

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

NÉCROLOGIE

VARIA

INDEX ALPHABÉTIQUE